

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

CRISTIANE JOSÉ BORGES

**Avaliação de ações educativas em saúde com grupos de
gestantes: estudo comparativo entre Unidade Saúde da Família e
Unidade Básica de Saúde**

GOIÂNIA
2005

CRISTIANE JOSÉ BORGES

Avaliação de ações educativas em saúde com grupos de gestantes: estudo comparativo entre Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Lima Sousa

GOIÂNIA

2005

AUTORIZO A RERODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO. PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Borges, Cristiane José.

B732a **Avaliação de ações educativas em saúde com grupos de gestantes : estudo comparativo entre Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde / Cristiane José Borges. – Goiânia, 2005.**
158 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2005.

Bibliografia: f. 131-143.

Inclui lista de ilustrações, de tabelas/quadros.

Apêndice.

Anexos.

- 1. Gestantes – Serviços de saúde – Dinâmica de grupo**
- 2. Gestantes – Serviços de saúde – Indicadores**
- 3. Enfermagem – Hábitos de saúde – Gestantes I. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem II. Título.**

CDU: 612 63:614.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cristiane José Borges

Avaliação de ações educativas em saúde com grupos de gestantes: estudo comparativo entre Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de mestre.
Área de concentração: Cuidado em enfermagem

Aprovado em: 30 de março de 2005

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Luisa Lima Sousa (orientadora)

Instituição: Universidade Federal de Goiás.

Assinatura: _____

Profa. Dra. Raquel Aparecida Marra da Madeira Freitas (membro externo)

Instituição: Universidade Católica de Goiás.

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Alves Barbosa

Instituição: Universidade Federal de Goiás.

Assinatura: _____

**À Antônio e Joana,
Meus pais, amigos e companheiros.**

AGRADECIMENTOS

À **DEUS**, pela a sua presença em todos os momentos da minha vida. E por ser a minha fonte de inspiração e a minha certeza de que tudo posso...

À **Minha Família**, avó, tias, tios, primos, dona Ormindia pela rica e amorosa convivência.

À **Profa. Dra. Ana Luisa Lima Sousa**, pela atenção e carinho com que me orientou, Pela amizade e por acreditar em minha capacidade para desenvolver este trabalho.

À **Aliandra, Jane, Cleber, Renato e Maria Helena**, pela colaboração nos momentos mais difíceis.

Às coordenadoras dos cursos de gestantes, **Vilma e Isabel**, pela maneira atenciosa que sempre me receberam, e por fornecerem todas as informações necessárias ao estudo.

Aos participantes do estudo, **gestantes, acompanhantes, educadores e auxiliares**, por disponibilizarem informações e possibilitarem a realização deste trabalho.

Aos **funcionários do Distrito Norte**, pelo apoio e colaboração no fornecimento de dados necessários à pesquisa.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq** pela doação da bolsa de estudo, a qual me permitiu a conclusão desta pós-graduação.

Aos **professores do mestrado**, pelo amor e dedicação com que me ensinaram a ser mestre.

À coordenadora do mestrado **Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari e a auxiliar Célia**, pela maneira atenciosa com que sempre me receberam, e por fazerem da pós-graduação uma realidade.

Às **amigas do mestrado**, pelo apoio nos momentos de alegria, angústia/medo, expectativas e dúvidas.

À **todos os amigos** que de maneira direta ou indireta contribuíram para a concretização deste sonho, ser mestre.

RESUMO

BORGES, C.J. Avaliação de ações educativas em saúde com grupos de gestantes: estudo comparativo entre Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde. 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

O Presente estudo teve como objetivo principal avaliar a implementação da atividade educativa junto a grupos de gestantes desenvolvidos na Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde. Adotou-se como população alvo grupos de educação em saúde compostos por: gestantes, educadores, auxiliares, acompanhantes, assim como, a contextualização do ambiente em que se realizavam os encontros. Para a coleta de dados foram utilizados planilha, formulário e diário de campo. A metodologia foi dividida em seis fases: análise documental do conteúdo programático; identificação das gestantes; identificação dos educadores; registro das tecnologias educativas, metodologias didático-pedagógicas e dinâmica do grupo; registro das avaliações verbais dos sujeitos e categorização dos resultados. Nos resultados foram descritos: os sujeitos do estudo (Quem são as gestantes? Quem são os educadores?), a dinâmica de funcionamento do grupo, dinâmica das relações interpessoais, a participação da equipe na educação em saúde e registro das avaliações verbais dos sujeitos envolvidos na atividade educativa em estrutura de grupo. O estudo possibilitou considerar que as ações educativas realizadas com grupos de gestantes na Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde apresentaram diferenças, o que nos leva a concluir que os profissionais, em especial da Unidade Saúde da Família, que é um modelo de reorientação do sistema de saúde, necessitam rever suas práticas educativas desenvolvidas junto a grupos de gestantes.

PALAVRAS-CHAVE: Ações educativas, Estratégia Saúde da Família, Grupo de gestantes.

ABSTRACT

BORGES, C.J. Valuation of educational activity Health within a pregnant women group: comparative study between Family Health Unit and Basic Unit of Health. 2005. 158 f. Dissertation (master's phesis) – School of Nursing, University Federal of Goiás, Goiânia, 2005.

The main goal of this study is to evaluate the implementation of educational activity within a pregnant women group developed at the Family Health Unit and Basic Unit of Health. Health education groups such as: pregnant women, educators, auxiliaries, accompanying people, were adopted, as target population; and the environment where the meetings took place was contextualized as well. For data collection were used a spreadsheet, forms and a camp diary. The methodology was divided into six phases: documental analysis of the programmed context, identification of the pregnant women, identification of the educators, educational technologies record, educational-pedagogical methodologies and group dynamics, subjects' oral evaluations record and results categorization. On the results were described: the subjects of study (who are the pregnant women? Who are the educators?), the dynamics of work of the group, dynamics of interpersonal relations, the team's participation on health education and records of oral evaluations from all subjects involved on the educational activity on group structure. The study made it possible to consider that the educational actions developed in groups of pregnant women at the Family Health Unit and Basic Unit of Health, has shown significant differences, what drives us to the conclusion that professional, specially from the Family Health Unit, which is a model of health system reorientation, need to review their educational practice developed within groups of pregnant women.

KEY WORDS: Educational actions, Strategies on Family Health, Group of pregnant women.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.1.1 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	13
1.1.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	24
1.1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	35
1.1.4 ATIVIDADES EDUCATIVAS EM GRUPOS DE GESTANTES	49
2 OBJETIVOS	60
2.1 GERAL	60
2.2 ESPECÍFICOS	60
3 METODOLOGIA	61
3.1 TIPO DO ESTUDO	61
3.2 LOCAL	61
3.3 POPULAÇÃO ALVO	64
3.4 ELEMENTOS IDENTIFICADOS	64
3.4.1 GESTANTES	64
3.4.2 EDUCADORES	67
3.5 MATERIAIS E TECNOLOGIAS EDUCATIVAS	68
3.6 COLETA DE DADOS	68
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	73
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
4.1 QUEM SÃO AS GESTANTES?	74
4.2 QUEM SÃO OS EDUCADORES?	83
4.3 DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO GRUPO	89
4.3.1 CONTRATO DE TRABALHO COM GRUPO DE GESTANTES	89
4.3.2 ESPAÇO FÍSICO	92
4.3.3 DATA/ HORÁRIO/ DIA DAS REUNIÕES	94
4.3.4 LANCHE	97
4.3.5 TAMANHO DO GRUPO	98
4.3.6 TIPO DO GRUPO (ABERTO/ FECHADO)	102
4.3.7 FREQUÊNCIA DAS GESTANTES	103
4.3.8 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	103
4.4 DINÂMICA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	108
4.5 PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	116
4.6 OPINIÃO SOBRE O GRUPO (AVALIAÇÃO DOS SUJEITOS)	120
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
APÊNDICE	145
ANEXO	155

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição da porcentagem de gestantes inscritas nos grupos de gestantes do PSF e Unidade Básica de Saúde, conforme faixa etária. Goiânia-GO, 2004.....	75
Gráfico 2 – Distribuição do percentual das gestantes inscritas nos grupos conforme a idade gestacional. Goiânia-GO, 2004.....	76
Gráfico 3 – Distribuição da porcentagem das gestantes inscritas nos grupos educativos da Unidade Básica de Saúde e PSF, segundo o grau de escolaridade. Goiânia-GO, 2004.....	77
Gráfico 4 – Distribuição da porcentagem de gestantes inscritas nos grupos educativos segundo estado civil. Goiânia-GO, 2004.....	81
Gráfico 5 – Distribuição da porcentagem das gestantes inscritas nos grupos conforme o número de filhos. Goiânia-GO, 2004.....	82
Gráfico 6 – Distribuição do percentual de educadores dos grupos de gestantes, segundo faixa etária. Goiânia-GO, 2004.....	83
Gráfico 7 – Distribuição da porcentagem dos educadores dos grupos de gestantes, segundo o sexo. Goiânia-GO, 2004.....	84
Gráfico 8 – Distribuição do percentual dos educadores dos grupos de gestantes, conforme tempo de atuação profissional. Goiânia-GO, 2004.....	85
Gráfico 9 – Distribuição do percentual dos educadores dos grupos de gestante, segundo preparação técnica científica de como trabalhar com grupos. Goiânia-GO, 2004.....	87
Gráfico 10 – Distribuição do percentual dos educadores dos grupos de gestantes, conforme tempo de atuação com grupos de gestantes. Goiânia-GO, 2004.....	88

LISTA DE TABELAS/ QUADRO

Tabela 1 – Distribuição das gestantes inscritas nos grupos educativos na Unidade Básica de Saúde e PSF, segundo ocupação no mercado de trabalho. Goiânia-GO, 2004.....	78
Tabela 2 – Distribuição das gestantes participantes dos grupos educativos, segundo a renda familiar. Goiânia-GO, 2004.....	80
Tabela 3 – Distribuição dos educadores dos grupos de gestantes, segundo categoria profissional. Goiânia-GO, 2004.....	84
Tabela 4 – Distribuição dos educadores dos grupos de gestantes, conforme tempo de atuação na saúde coletiva. Goiânia-GO, 2004.....	86
Tabela 5 – Distribuição dos educadores dos grupos de gestantes, conforme o tipo de preparação científica que tiveram. Goiânia-GO, 2004.....	87
Quadro 1 – Total de gestantes atendidas pelas equipes implantadas na Unidade Saúde da Família, Jardim Guanabara I, Região Norte. Goiânia-GO, 2004.....	99
Tabela 6 – Distribuição do número de sujeitos participantes dos grupos de gestantes, segundo categoria e local. Goiânia-GO, 2004.....	100

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, nos últimos anos, vem sofrendo várias mudanças e inovações nos aspectos de gestão, organização e financiamento de seus serviços, tendo como fulcro os princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social. Contudo, observa-se um destaque das ações da atenção básica à saúde e, a partir delas, a implementação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) (COSTA, 2004a).

A ESF se apresenta, em seu conjunto, como o eixo articulador do sistema de saúde e a porta principal para o atendimento da população, além de contribuir para maior aproximação dos serviços de saúde e a comunidade, promovendo a participação efetiva da população na perspectiva de melhorar sua qualidade de vida (COSTA, 2004a).

Criada inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF), representa um avanço na trajetória da assistência à saúde da população brasileira. Mas apesar dos avanços identificados com a implantação dessa Estratégia, acredita-se que seja necessário avaliá-la e ajustá-la às necessidades encontradas (FONTINELE JUNIOR, 2003). Por acreditar e concordar com estas necessidades de avaliações e reformulações do PSF é que nos propomos estudar uma das suas vertentes: a educação em saúde.

O interesse especial em estudar a temática educação em saúde surge com a atuação da autora como membro da Equipe do PSF e a confiança de que a mudança nas práticas de saúde dos membros das Equipes Saúde da Família, no que se refere ao desenvolvimento de ações educativas, seja ferramenta indispensável para a mudança do modelo biomédico e para o avanço da promoção da saúde, visto que o PSF resgata as ações comunitárias e preventivas.

Para realizar a educação em saúde dispõe-se de várias alternativas, mas enfoca-se neste estudo a atividade educativa organizada com estrutura de grupo, e com uma clientela definida, por gestante. A motivação dessa escolha foi a afinidade e a apreciação da autora por este tipo de ação educativa, além de julgar que na gestação a mulher está mais receptiva a novas informações, e que se estas atividades educativas forem bem realizadas promoverá a mudança de comportamentos, além de influenciar positivamente para a saúde do binômio mãe-filho. A realização destas ações em grupo possibilita a troca de experiências, esclarecimento de dúvidas e maior aproximação dos profissionais de saúde e das mulheres grávidas.

Ao longo de seis anos de atuação no PSF, observamos que o trabalho educativo com grupo de gestantes é realizado na maioria das Unidades de Saúde. No entanto, é abordado, enfatizado e valorizado de maneira diferenciada pelos inúmeros profissionais. No entanto, para reorientação do Sistema de Saúde é imprescindível que os profissionais tenham práticas compatíveis com o novo modelo de assistência.

Nesta perspectiva, surgem as seguintes indagações: como as equipes de saúde têm atuado em atividades de educação em saúde com gestantes? Há diferenças de atuação dos profissionais de uma Unidade Saúde da Família e uma Unidade na qual o PSF não está implantado? De que forma as atividades de educação em saúde com gestantes são desenvolvidas? Qual a importância é dada para as atividades educativas realizadas em estrutura de grupo?

No propósito de alcançar as respostas para as indagações levantadas o estudo tem como objetivo avaliar a implementação da atividade educativa junto a grupos de gestantes desenvolvidos na Unidade Saúde da Família e Unidade Básica

de Saúde, onde o PSF não está implantado. Para alcançar tal objetivo elegeu-se a alternativa metodológica caracterizada pelo estudo descritivo/ comparativo.

O estudo visou contribuir com subsídios para direcionar as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, junto aos grupos de gestantes, o que poderá promover uma maior participação destas nos grupos e conseqüentemente, provocar mudanças de atitudes e comportamentos, além de propiciar uma maior troca de experiências entre as gestantes e os profissionais de saúde.

Almeja-se, também, que o estudo contribua para a ampliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde, em especial do PSF, de como trabalhar com grupos de gestantes, respeitando as experiências e conhecimentos de cada um e a conduzir o grupo conforme as suas necessidades e expectativas.

1.1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática”. PAULO FREIRE.

O Programa Saúde da Família (PSF), inspirado na prática do Programa médico da família de países como Cuba, Canadá e Inglaterra, foi lançado oficialmente no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994, como uma estratégia para reorganizar o Sistema de Saúde, saindo do modelo biomédico, curativo e individual para um modelo voltado para as ações de prevenção e proteção, com uma projeção social e coletiva (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004; BRASIL. 2000a; DOMINGUEZ,1998).

O PSF foi implantado inicialmente como Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas regiões Norte e Nordeste do país, como um programa vertical, no intuito de controlar a epidemia de cólera no início dos anos 90. Posteriormente, foi redefinido por um conjunto heterogêneo de atores político, em nível estadual e federal, que observou no PACS e em seu sucedâneo o PSF, uma oportunidade ímpar de promover a mudança do modelo de atenção à saúde, em larga escala (TEIXEIRA, 2004).

O PSF concebido inicialmente no Nordeste brasileiro visava intervenção localizada e focalizada, tendo como objetivo o controle das epidemias, redução da mortalidade materno-infantil e melhoria da qualidade de vida da população. Contudo, devido os resultados positivos e melhoria significativa da saúde da população nos locais onde foram implantados, o Programa foi expandindo a outros municípios, passando portanto, a ser considerado pelo Ministério da Saúde como a estratégia de reorganização dos serviços básicos de saúde em todo os estados brasileiros.

A partir de 1994, e principalmente no período 1998-2002, o Ministério da Saúde, através do PSF, que operacionalizava uma política centralizada na atenção básica em populações que eram excluídas do sistema de saúde, passou a considerar uma estratégia de mudança do modelo no Sistema Único de Saúde (SUS). Na verdade, o PSF é uma ferramenta de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, tornando se também um meio de reorganização do processo de trabalho em saúde. Além disso, o PSF vem sendo considerado como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjuguem com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade, induzidas por políticas de regulação e controle (TEIXEIRA, 2004).

O PSF surge como uma estratégia catalisadora, que atende a efetivação máxima constitucional e que configura como possibilidade de transformação do modelo da atenção da saúde brasileira, provocando profundas reflexões e mudanças nas instituições e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. No campo teórico tem sido objeto de inúmeros estudos, estimulando acima de tudo, repensar a formação e educação dos profissionais de saúde, culminando na organização de novas metodologias de gestão das práticas e dos recursos, além de suscitar a implantação de novas propostas curriculares e metodológicas. No campo das práticas de saúde objetiva superar o modelo pautado na biomedicina, ultrapassando a visão fragmentada do indivíduo para a compreensão integral na dimensão orgânica individual, familiar e coletiva; visa compreender os processos saúde e doença a que estão expostos os indivíduos dentro do seu contexto social. No campo político-administrativo requer amplo debate analítico e reflexivo, a fim de superar os problemas oriundos de sua implantação e implementação (SOLLA; FERNANDES, 2004; SILVA, 2002).

É possível, observar claramente a concretização da transformação do modelo de atenção à saúde brasileira, nos campos teóricos, prático e político-administrativo; o que é traduzido em ações concretas de promoção, proteção e assistência à saúde, principalmente no plano coletivo.

Devido a expansão do PSF por todo o país, como uma estratégia de reorientação do modelo da atenção a saúde, houve também uma alteração na nomenclatura de PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF). No presente texto utilizaremos as duas nomenclaturas cabíveis.

O objetivo geral da ESF é contribuir para a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, incorporando e reafirmando os princípios do

Sistema Único de Saúde, sinalizando uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços e a população (BRASIL, 2000a).

Acredita-se que, a implementação de uma política de expansão e qualificação da atenção básica, apresente conteúdos que contribuam para uma mudança na prática e na concepção dos sujeitos envolvidos no contexto. Neste sentido, a flexibilização e aperfeiçoamento da Estratégia de Saúde da Família podem ser um instrumento fundamental para a adequação das respostas oferecidas pelo SUS aos problemas e necessidades de saúde da população. Contudo, poderá legitimar e redefinir as práticas de saúde tendo como diretrizes não somente a universalização da atenção básica, mas também a integralidade das ações e serviços, o que exige a construção de alianças estratégicas entre os gestores do SUS, os profissionais de saúde e a população usuária (TEXEIRA, 2004).

A ESF propõe-se também atender os princípios e diretrizes do SUS, no que se refere a prestar assistência equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população, seja na unidade básica ou na comunidade, visando atender as necessidades reais do indivíduo através da identificação dos fatores de risco aos quais ele está exposto e intervindo de maneira adequada. A ESF enfoca também, a humanização das práticas de saúde buscando a satisfação do usuário, através do elo entre os profissionais da equipe e a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida (SOUSA, 2000).

A Estratégia, frente ao objetivo de desenvolvimento em âmbito local, tem-se destacado como um dos mais avançados programas em direção à Promoção da Saúde, visto que possui na sua lógica, a operacionalização de conceitos como,

territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade, com uma visão integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, culturais, biológicas e sociais (CONHEN et al, 2004).

A territorialização é considerada uma importante diferença dos serviços tradicionais de saúde. E no PSF, o território ocupa uma dimensão diferenciada. Com a delimitação territorial para atuação, amplia-se a possibilidade de operacionalização das ações de vigilância da saúde, sendo possível o monitoramento dos perfis epidemiológicos, além de proporcionar meios para avaliar as ações implementadas. Com esta questão pode reforçar a atuação intersetorial, considerando que o cenário de atuação da saúde também contempla a atuação de outras instituições (CHIESA; FRACOLLI, 2004; BRASIL, 2003a).

O PSF promove também a reorientação da assistência à saúde com mudança do objeto da atenção, mudança na forma de atuação e alteração na organização geral dos serviços. A família passa a ser o foco da atenção, entendida a partir de todo seu contexto. O enfoque familiar caracteriza a diferença do modelo hegemônico de atendimento à saúde. Não está limitado somente na cura da doença do indivíduo, mas, enfatiza as ações de promoção de saúde e prevenção dos riscos de doenças; estas ações não centralizam no serviço de atendimento primário, mas se estendem ao meio social e familiar. Nesta perspectiva, faz-se necessário uma nova configuração do perfil de atividades realizadas pelos diversos profissionais que compõem a Equipe do PSF, as quais devem ir em conformidade com o modelo hegemônico (SECLLEN-PALACIN, 2004; TEIXEIRA, 2004; SILVA, 2002).

É importante sinalizar que o PSF possui um caráter substitutivo do modelo de atenção da saúde. No entanto, não representa a criação de novas unidades de saúde. O antigo posto de saúde é transformado na Unidade Saúde da Família.

Exceto, em áreas totalmente desprovidas das mesmas, far-se-á necessária a implantação de uma unidade própria (FONTINELE JUNIOR, 2003; BRASIL, 2000a; LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

A Unidade Saúde da Família é reestruturada para atender em conformidade com o novo modelo de assistência, valorizando e enfatizando as ações de promoção e proteção, cabendo aos profissionais que atuam nesta Unidade de Saúde focar o indivíduo como ser integral e o incentivá-lo a tomar decisões sobre sua própria saúde. É necessário que as relações sejam estabelecidas de forma horizontal, onde todos os saberes são valorizados, buscando desta maneira, estabelecer um elo entre os profissionais desta Estratégia e a população.

A ESF visa estabelecer relações de compromisso e confiança entre a comunidade e o serviço público de saúde. A expectativa de determinar relações mais próximas e horizontais entre membros da equipe e a comunidade, a valorização do vínculo profissional e famílias atendidas, bem como o incentivo à participação comunitária e desenvolvimento do controle social sobre os serviços de saúde, contrapõem às tradicionais relações distanciadas, sem envolvimento emocional, tecnicista e autoritária, freqüentemente encontradas nos serviços de saúde (ANDRADE; INOJOSA, 2004; MARSIGLIA, 2004).

A Estratégia é compreendida não apenas como um conjunto de ações que aumenta o acesso da população ao sistema de saúde, mas sim, como a responsável por uma melhora considerável nas ações de saúde, as quais podem ser traduzidas por um atendimento mais resolutivo e integrado das equipes de saúde com a comunidade. E isso reflete em um grau de satisfação admirável dos usuários e profissionais (CHAVES, 2002).

As propostas da Estratégia Saúde da Família estão sendo implementadas e solidificadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por meio do trabalho das equipes locais, isso permite maior diversidade das ações e por considerar os aspectos sócio-culturais da população assistida (CARNELOSSO et al., 2004).

É um equívoco supor que, as formulações do PSF sejam um privilégio exclusivamente do Ministério da Saúde e que aos gestores locais caberia apenas sua implementação. Ao gestor federal compete a ação de formular, mas ao mesmo tempo deve estar envolvido nos processos de implementação, recebendo permanentemente retroalimentação dos níveis locais. Ao mesmo tempo, compete aos gestores locais implementar as ações, mas sem perder de vista as matizes da dinâmica e da mudança permanente da realidade local. O resultado é que as ações perpassam em torno de um complexo de interações que incluiriam formulação- implementação- avaliação- reformulação, não necessariamente nesta ordem, mas com conexões importantes entre si (GOULART, 2004).

O PSF tem-se revelado uma modalidade de integração de políticas públicas em saúde, formando autênticas amálgamas, em que finalmente se integram os aspectos individuais e coletivos, preventivos, promocionais e curativos da atenção à saúde.

(GOULART, 2004, p.138).

O esforço de ampliação da Estratégia Saúde da Família, nesses dez anos, viabilizou a implantação de um número significativo de equipes em todo o país. Até o início do ano de 2004 contava-se com 19.182 equipes atuando em 4.498 municípios, com 184.934 agentes comunitários de saúde, 6.367 equipes de saúde bucal e uma cobertura de 62,5 milhões de pessoas (COSTA, 2004b).

Congruente a esta expansão, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas maneiras de financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente no nível da Atenção Básica. Os recursos financeiros destinados a Atenção Básica são preferencialmente transferidos pela união e pelo estado direto aos municípios, resultando no crescimento e implantação do processo de descentralização do SUS. Apesar dos recursos federais e estaduais, o PSF é financiado em grande escala pelos próprios municípios, o que tem configurado uma problemática (MENDES; MARQUES, 2004).

Cabe ao município dispensar uma contrapartida financeira para o funcionamento do PSF, no entanto, a crise financeira dos municípios dificulta este investimento, fazendo com que uma grande parcela dos municípios utilize somente as verbas federal e estadual. É importante salientar que os recursos financeiros federal destinados aos municípios não devem ser usado com despesas salariais dos profissionais do PSF, conforme as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Em vários estados e municípios brasileiros, a ESF viabilizou a presença de profissionais de nível superior (médico e enfermeiro) em locais onde a população era desprovida de qualquer serviço na área de saúde. A redução significativa da mortalidade infantil, principalmente as associadas as baixas coberturas vacinais, doenças diarreicas e infecções respiratórias, são resultados observados ao longo de dez anos de atuação das Equipes Saúde da Família (BRASIL, 2002a; FRANCO; ROCHA, 2000).

No Estado de Goiás, o Programa Saúde da Família foi implantado em 1998, sendo o seu desenvolvimento de responsabilidade da Secretária Estadual

de Saúde (SES), através da Superintendência de Ações Básica de Saúde, atualmente Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS) (CHAVES, 2002).

O PSF foi implantado inicialmente em 7 municípios, com atuação de 11 equipes de Saúde da Família (1998), chegando em 2002 a 836 equipes implantadas, com uma cobertura de 100% dos municípios goianos e 56% da população total do Estado (CARNELOSSO et al., 2004).

O município de Goiânia, capital do Estado de Goiás e alvo do estudo em questão, está entre os 7 municípios que implantaram o PSF em 1998. Contou inicialmente com a atuação de oito Equipes Saúde da Família. Até o presente momento (segundo semestre de 2004) estão implantadas 102 equipes divididas em seis Distritos Sanitários nas regiões: Noroeste, Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Oeste (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002; informação verbal)¹.

A Estratégia constitui um pilar para a consolidação do Sistema de Atenção Básica de saúde. Este sistema é a porta de entrada para as novas necessidades e problemas da população. Esta atenção primária constitui uma abordagem que forma a base e direciona o trabalho dos demais níveis dos sistemas de saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação a fim de maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas. A atenção primária aborda problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em consultórios, centro de saúde, escolas e domicílios. Os indivíduos têm acesso direto a uma atenção adequada e que é continuada ao longo do tempo. (STARFIELD, 2004)

¹ Informação fornecida pelos membros da coordenação municipal PSF em 18/10/2004.

A Atenção primária a saúde, conforme Declaração de Alma Ata, (1978, p.01) é definida como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Portanto, a atenção primária a saúde foi exaltada pela Declaração de Alma Ata, tornando-se o requisito fundamental para funcionamento dos sistemas de saúde mundialmente (STARFIELD, 2004).

Além de atender o requisito fundamental da atenção básica de saúde, a ESF apresenta mais três pilares que se entrelaçam, buscando promover as ações de saúde de acordo com o novo modelo assistencial vigente, possibilitando assim a construção de um novo paradigma do processo saúde-doença.

O trabalho em equipe multiprofissional constitui-se um dos pilares mais importantes dentro do PSF, tendo como propósito ampliar o conhecimento e as possibilidades de intervenção sobre o processo saúde-doença, de modo a atender as necessidades do indivíduo e seus familiares. Cada profissional tem suas atribuições específicas, não tendo chefes ou subalternos; todos trabalham na direção de um objetivo comum: a melhoria da qualidade de vida da população. A atuação de um profissional depende do outro, por isso é necessário que haja interação e cooperação entre os membros desta (BRASIL, 2000a; BRASIL, [200?b]).

Outro pilar de destaque no PSF é a educação em saúde. Diante da proposta de mudança no modelo assistencial, esta se tornou uma ferramenta imprescindível para a reorganização da assistência. A educação em saúde pode ser realizada na Unidade Saúde da Família ou na comunidade; individual ou coletivo; e com a utilização de inúmeras estratégias como: palestras, campanhas, trabalho em grupo entre outros (BRASIL, 2000a).

Entre os pilares da Saúde da Família encontra-se também a visita domiciliar (VD), pois proporciona atendimento e acompanhamento da população de uma forma personalizada. A visita domiciliar é um instrumento de intervenção indispensável da Estratégia, sendo usada pelos integrantes das equipes de saúde para identificar as características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde das famílias sob sua responsabilidade na área de abrangência. A visita só se tornará essencial para as intervenções da equipe, quando forem planejadas e sistematizadas. É indispensável estabelecer os objetivos da VD, o que proporcionará atendimento com maior resolutividade (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001; CÁCERES, 2000).

Tendo a Estratégia, pilares que possibilitam atender os princípios e as diretrizes do SUS, é possível perceber impactos positivos do PSF, no que se refere a condução de ações com visão integralista e diminuição do enfoque curativo, promovendo uma melhoria da qualidade de vida da população, através das ações preventivas e coletivas.

São notórios os avanços da Estratégia, mas também é válido ressaltar suas lacunas. Um dos resultados negativos da Estratégia Saúde da Família é o aumento da demanda nos serviços de média e alta complexidade, devido a extensão significativa da atenção básica, sem que ao mesmo tempo ocorra um

aumento da resolutividade desse nível de atenção. Outro aspecto negativo é burocratização do processo de gerenciamento das equipes, as quais necessitam preencher um número excessivo de formulários, planilhas e outros instrumentos utilizados no processo de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações realizadas (TEIXEIRA, 2004).

Apesar dos entraves encontrados, o país tem hoje, a oportunidade histórica de avançar na efetivação de uma política de saúde e na organização de um sistema público de serviços de saúde que representa uma inovação no modelo de atenção e a possibilidade de superação do modelo médico- assistencial curativo e hospitalocêntrico (TEIXEIRA, 2004).

Portanto, é de extrema importância avaliar a Estratégia, entendendo isto como contribuição para qualificar a Atenção Básica, e direcionar as ações conforme os princípios do SUS. Estas avaliações são decorrentes das informações produzidas no cotidiano da atenção. Embora, sejam insuficientes para apreender todas as mudanças necessárias, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde (FELISBERTO, 2004).

1.1.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

“Nenhuma qualidade nos proporciona mais amigos do que a disposição para admirar as qualidades dos outros”.

JAMES BOSWELL

O trabalho inter e multidisciplinar, constitui uma das características da Estratégia Saúde da Família, pois não se trata do projeto “médico da família”, mas sim, de uma equipe saúde da família, na qual existe uma definição de competências e co/responsabilidades entre seus membros; sendo necessário uma reorganização histórica, teórica e administrativa das unidades as quais estes profissionais estão

vinculados, a fim de comportar esse novo processo de assistir (CHIESA; FRACIOLLI, 2004).

Para atuação na Estratégia são compostas equipes multiprofissionais. Recomenda-se nesta composição, no mínimo um médico generalista, uma enfermeira, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem, quatro a seis agentes de saúde. Outros profissionais como, por exemplo: psicólogo, odontólogo, nutricionista, assistente social, fonoaudióloga, entre outros podem ser incorporados na equipe básica conforme a necessidade do serviço e a decisão dos gestores municipais (BRASIL, 2000a).

Em avaliação normativa do PSF realizada pelo Ministério da Saúde, no período de junho de 2001 a agosto de 2002 foi constatado que 90% das equipes de todo o país contavam com os profissionais da composição mínima estabelecida pelo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).

É importante frizar, que o trabalho de várias categorias profissionais atuando dentro de um mesmo serviço de saúde não é inédito. No entanto, como o conhecimento racionalista trabalha com o indivíduo e sua fragmentação, em muitos serviços de saúde, as várias categorias profissionais atuam paralelamente, não tendo um campo comum do saber, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes. Na ESF, os profissionais devem partir de uma visão sistêmica, onde o indivíduo é um todo que faz parte de uma família, comunidade, cidade ou país, em determinado tempo histórico. Os componentes da Equipe buscam trabalhar numa abordagem interdisciplinar, com a criação de um novo campo de conhecimento, advindo da intersecção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde

da população. É garantido também, espaço para aplicação do campo de conhecimento exclusivo de cada um em muitas situações (ANDRADE et al, 2004).

No PSF, os profissionais podem atuar de forma a colocar em prática todos os seus conhecimentos, visando atender o indivíduo na sua integralidade diferenciando de alguns serviços de saúde, onde as funções dos profissionais de saúde são bem delimitadas, não sendo estabelecido um campo de conhecimento em comum.

A habilidade individual é aprimorada na equipe, proporcionando habilidades múltiplas e uma visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos. Na equipe, os indivíduos geram um espírito comum e positivo mediante esforços coordenados e sistematizados (MOTTA, 2001).

Na área da saúde, há algumas limitações na pluralidade funcional, devido a rigidez das profissões e funções médicas. Constitui-se a equipe, mas não o seu espírito. Equipes podem ser criadas com a definição de grupos, e o seu funcionamento estabelece-se na prática. São incentivadas as relações horizontais no interior das equipes, sendo valorizado o conhecimento de cada membro e buscando, através de diálogo, uma resolução conjunta e não justaposta de todos os componentes da equipe (MARSIGLIA, 2004; SILVA, 2002; MOTTA, 2001).

É necessário que, os profissionais da Equipe Saúde da Família tenham em mente que atuarem juntos numa mesma unidade e com a mesma carga horária, não significa estar atuando em equipe. A este aglomerado de pessoas executando várias atividades ao mesmo tempo, sem preocupação em compartilhar as funções a fim de alcançar objetivos comuns denominamos de grupo, não se constitui o espírito de equipe (MOSCOVICI, 2002).

O grupo se transforma em equipe quando os membros que a compõem buscam formas para avaliar, enfrentar e superar os problemas que surgem. Toda

equipe, por melhor que seja, está sujeita a ter obstáculos e problemas desmotivadores, os quais interferem na qualidade dos resultados e nas relações interpessoais. Para resolver tais obstáculos é necessário que os integrantes da equipe ajam com maturidade, habilidade, autenticidade e desenvolva razoável competência interpessoal (MOSCOVICI, 2002). Se as pessoas não interagem satisfatoriamente, os resultados finais das ações e conseqüentemente da qualidade de vida dos profissionais no âmbito do trabalho serão afetados. Sabe-se que a produtividade e qualidade no trabalho estão diretamente ligadas a habilidades interpessoais.

Para Moscovici (2002, p.05)

Equipe é um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada. A comunicação entre os membros é verdadeira, opiniões divergentes são estimuladas. A confiança é grande, assumem-se riscos. As habilidades complementares dos membros possibilitam alcançar resultados, os objetivos compartilhados determinam seu propósito e direção. Respeito, mente aberta e cooperação são elevados. O grupo investe constantemente em seu próprio crescimento.

Os componentes do PSF devem ser orientados e capacitados para atuarem na equipe, constituindo desta forma, uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, favorecendo a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade de atenção básica (BRASIL, 2004a).

O trabalho em equipe não é uma tarefa fácil. A dificuldade mais evidente é o desafio da comunicação e transferência de informações. É necessário que, as equipes sejam estimuladas a buscarem informações referenciais, matérias, técnicas de dialogo, cursos, seminários, enfim, se alimentem e fortaleçam, aprendendo a se comunicar, tanto com a comunidade como entre os componentes da mesma e das

demais, para que o processo de comunicação seja compreendido como uma estratégia de promoção da saúde e de autonomia das pessoas em relação à saúde (ANDRADRE; INOJOSA, 2004; STARFIELD, 2004).

As Equipes Saúde da Família incorporam intervenções que têm como alvo principal a família e a comunidade. Esse novo paradigma é condição essencial para cumprir o princípio da integralidade da atenção e implica a necessidade de investir no processo ensino- aprendizagem dos membros das Equipes, formados em sua maioria para a atenção individual. Um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade do Sistema e para efetivação do SUS, tem sido a falta de profissionais com perfil adequado. (ANDRADE et.al., 2004; JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004). Capacitar os profissionais é essencial, pois a relação do profissional, tanto com os membros da equipe como com a família/ comunidade deverá ser de forma horizontalizada, buscando e preservando o espírito de equipe.

As interações entre os profissionais e os pacientes contribuem para a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os profissionais de saúde aprendem e compreendem o paciente e o paciente apreende a respeito dos aspectos necessários para sua saúde. A amplitude e a profundidade do contexto destas interações é que as distinguem das demais de outros níveis de atenção. Os pacientes têm maior probabilidade de aceitar as informações quando os profissionais se esforçam para construir uma parceria (STARFIELD, 2004).

A co/responsabilidade entre o profissional e o cliente, implica saber que cabe ao profissional expor com honestidade e clareza, os fatos, os prós e os contras de uma indicação terapêutica. O profissional deve respeitar o processo de decisão do paciente, auxiliando-o a pesar as alternativas e promovendo os questionamentos. O vínculo profissional/cliente é assimétrico: o profissional tem a competência para

atuar na sua área. Só se torna possível atuar adequadamente quando a atenção ao indivíduo ocorre na sua totalidade, e não de modo fragmentado e dissociado. Portanto, a co/responsabilidade implica reconhecer que profissional – cliente, apesar de diferentes funções, compõem um vínculo humanamente simétrico (MALDONADO; CANELLA, 2003).

As Equipes Saúde da Família trabalham com uma população definida, tendo um número fixo de famílias na sua área de abrangência. O Ministério da Saúde recomenda que cada equipe acompanhe de 600 a 1000 famílias, contendo no máximo 4500 habitantes. “Essas definições dependem das realidades geográficas, econômicas e sócio-política da área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à unidade”. (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2000a, p.14).

Com a atuação junto a família, as Equipes Saúde da Família têm a possibilidade de atender o indivíduo considerando todo o seu contexto, pois sabe-se que é denominado como família o agregado de pessoas que vivenciam relações internas e externas, buscando equilíbrio e organização; mantendo ativa a comunidade onde vive. Acredita-se que se um “problema” afeta um dos membros da família este irá refletir diretamente em todo contexto familiar, por isso, a importância de atender o indivíduo levando em consideração todas estas relações (ANGELO; BOUSSO, 2001; DOMINGUEZ,1998).

A equipe atuará na Unidade Saúde da Família (USF) e nos domicílios. Esta USF é o antigo posto ou centro de saúde reestruturado, com enfoque das ações dentro de uma nova óptica, que visa atribuir maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. As Unidades Saúde da Família são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde

em sua área de abrangência, prestando atendimentos qualificados, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000a; BRASIL, [200?b]).

Os profissionais da Equipe Saúde da Família devem trabalhar enfatizando as ações de promoção e proteção da saúde junto à comunidade, visando melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população acompanhada. O Ministério da Saúde recomenda que os profissionais do PSF cumpram uma carga horária de oito horas diárias. Esta carga horária é sustentada na idéia de ser um parâmetro necessário para criação de vínculos entre os membros da equipe e entre a equipe e a população, além de melhorar o desenvolvimento do trabalho, tanto no campo gerencial e organizacional, quanto assistencial (BRASIL, 2004a).

Trabalhar com a mesma carga horária permite aos profissionais aumentarem as possibilidades de estabelecerem vínculos, fazerem planejamentos em conjunto e construir o verdadeiro espírito de equipe.

Em pesquisa realizada pelo o Ministério da saúde, nas equipes de PSF em todo o país, foi identificado que os municípios não atendem a esta diretriz. A carga horária efetivamente cumprida pelos profissionais, com exceção dos agentes comunitários de saúde, é inferior a contratada, especialmente para os médicos e cirurgiões-dentistas (BRASIL, 2004a)

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), as atribuições básicas de uma equipe de PSF são:

- Conhecer as famílias com as quais irão trabalhar;
- Realizar o diagnóstico da população;
- Elaborar plano de ações/ atividades a serem realizadas, tendo participação e colaboração da comunidade;

- Planejar as atividades e redefinir o processo de trabalho;
- Atuar nos procedimentos de vigilância à saúde e epidemiológica, conforme a qualificação de cada profissional;
- Executar ações de controle das doenças transmissíveis, crônico-degenerativas e doenças relacionadas ao trabalho e o meio ambiente;
- Valorizar a relação com a família assistida, criando assim um vínculo de confiança;
- Resolver problemas diagnosticados e quando isto não for possível referenciar o caso para o local adequado, viabilizando desta forma a continuidade do tratamento;
- Promover a saúde mediante a educação sanitária e a prestação de assistência de forma integral, contínua e racional;
- Buscar parcerias intersetoriais e organizações presentes na comunidade;
- Desenvolver ações de educação continuada, visando um meio ambiente saudável e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida;
- Promover discussões sobre cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Estimular a formação e/ou participar dos conselhos locais de saúde e conselho municipal de saúde;
- Desenvolver ações educativas em grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (2002), é de responsabilidade da Equipe PSF desempenhar suas atividades/ações com dinamismo, continuidade, integralidade, humanização, resolutividade e avaliação permanente através dos indicadores de saúde/ doença de cada área de atuação, ou dos indicadores que compõem a Agenda Municipal, a qual é considerada um instrumento essencial para a orientação estratégica da política de saúde do município (BRASIL, 2003c).

Cada membro da ESF possui, além das suas atribuições como componente da Equipe Saúde da Família, algumas atribuições que lhe são específicas.

O enfermeiro tem como atribuições específicas da sua categoria profissional, executar *assistência* básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso; Organizar as rotinas de trabalho; Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2000a).

Dentre as atribuições específicas do médico, destaca-se à assistência integral, unindo a atuação clínica à de saúde coletiva; assistência à população em todo ciclo vital e especificidade da vida; executar atendimentos de urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e partos, se as condições locais permitirem (BRASIL, 2000a).

Ao auxiliar / técnico de enfermagem são atribuídos como especificidades: o acompanhamento à consulta do enfermeiro (a) a indivíduos expostos em situações de risco; realizar visita e procedimentos no domicílio, quando fizer necessário e /ou

solicitado pelo agente comunitário de saúde; identificar juntamente com os agentes de saúde, as famílias de risco da população adstrita (BRASIL, 2000a).

Outro membro da equipe é o agente comunitário de saúde (ACS) que atua como elo entre a equipe e a comunidade. Facilitando e promovendo o trabalho de toda a equipe no sentido de vigiar e promover a saúde. A este também são atribuídas funções específicas, como por exemplo: fazer o mapeamento de sua área; realizar o cadastramento das famílias, com atualizações permanentes; identificar as pessoas expostas à situações de risco; orientar as famílias em relação aos serviços de saúde disponíveis, realizar visitas domiciliares às famílias sob sua responsabilidade; acompanhar e informar a equipe sobre às famílias assistidas, principalmente aquelas em situações de risco e desenvolver ações educativas (BRASIL, 2000a).

Vale ressaltar que um dos pilares mais importante do PSF, a educação em saúde, foi contemplado enquanto atribuição da Equipe, aparecendo como atribuição específica, apenas do ACS. Será que os outros componentes da Equipe também não deveriam ter essa mesma atribuição, sendo o PSF uma Estratégia de reorganização do modelo de atenção a saúde? acreditamos que somente com a mudança das práticas desenvolvidas pelos profissionais das Equipes poder-se-á ter alcançado o objetivo proposto pela Estratégia.

Atuar na educação em saúde deve ser responsabilidade da Equipe do PSF e de cada membro individualmente, os quais terão como objetivo central incentivar e estimular a população a participar do planejamento, desenvolvimento e controle das ações de saúde. É importante ter em mente, que o objetivo principal da educação é ajudar o indivíduo a adquirir os conhecimentos necessários para mudar a realidade (DOMINGUEZ, 1998; WERNER & BOWER, 1987).

Em pesquisa realizada no país pelo Ministério da Saúde, as atividades educativas estão sendo realizadas por todos os membros da Equipe Saúde da Família. De acordo com o estudo estão envolvidos com ações educativas na comunidade 64,3% dos médicos, 77,2% dos enfermeiros, 62,5% dos auxiliares de enfermagem e 70% dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004d).

Estes dados refletem a importância de incrementar as ações educativas na prática dos profissionais do PSF, dada sua importância na promoção da saúde do indivíduo e conseqüentemente de todo o ciclo familiar. Os dados também nos revelam que os enfermeiros são os profissionais que mais desenvolvem o trabalho educativo com a comunidade.

Estudos mostram que a atuação das Equipes Saúde da Família se concretiza em larga escala, na oferta organizada de serviços básicos, como ações de educação sanitária dirigida a grupos de gestantes, mães, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e grupos de idosos. Ações de atenção básica ao grupo materno-infantil, as quais incluem planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle da desnutrição e infecções respiratórias. Estas ações são desenvolvidas nas unidades de saúde ou na comunidade (TEIXEIRA, 2004).

É fundamental que, haja na prática das Equipes, subsídios para atuarem sobre determinantes das condições de saúde, envolvendo a população na identificação, explicação e compreensão dos seus problemas e necessidades de saúde, dando embasamento para as práticas políticas, sociais e culturais, as quais tenham como objetivo a resolução desses problemas e o atendimento dessas necessidades (TEIXEIRA, 2004).

1.1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

“Se queres colher a curto prazo, plante cereais. Se queres colher a longo prazo, plante árvores frutíferas. Mas, se queres colher para sempre, treine e eduque o homem” (PROVÉRBIO CHINÊS).

A educação sanitária brasileira é influenciada pela concepção de educação em saúde de outros locais, como Europa e Estados Unidos da América. A forma como era concebida a educação em saúde, desde o início do século XX, vislumbrava questões sanitárias e de higiene, tendo como prioridade as áreas portuárias e o controle das epidemias (ROSSO; COLLET, 1999).

No Brasil, com a criação de um curso de educação em saúde pública na Universidade São Paulo, em 1967, é que se passou a utilizar a terminologia educação em saúde (ROSSO; COLLET, 1999).

Diferentes concepções e práticas marcaram a trajetória da educação em saúde. Conforme Vasconcelos (2001), até a década de setenta as ações educativas no setor saúde voltavam-se para a imposição de normas e comportamentos considerados adequados pela elite política e econômica, num tipo de educação que poderia ser chamada de “toca boiada”, onde a população era conduzida pelo berrante (palavra) e o ferrão (o medo e a ameaça). A partir dos anos setenta, com a participação dos profissionais de saúde nas atividades de educação popular ocorreu uma ruptura da tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

A educação popular anseia trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos no contexto, buscando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento dos problemas (VASCONCELOS, 2001).

A prática educativa em saúde é desenvolvida no Brasil há décadas, mas segundo Chiesa e Veríssimo (2001), apesar do longo tempo, as ações educativas demonstram fragilidades na sua efetuação, aliada à falta de debate mais profundo sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos vários modelos existentes.

Educar, do latim *educare*, tem inicialmente o sentido de nutrir, criar, cuidar e amamentar; passando depois a significar educar, instruir e ensinar. Outra origem do latim é *educere* que significa tirar para fora de, conduzir para, modificar um estado. Portanto, o termo *educere* está ligado ao entendimento da educação com algo que se busca fazer sair de dentro para pessoa, ou seja, considera que ela possui conhecimentos que devem ser explorados e que são importantes para o processo educativo (GARCIA, 2001).

A educação e a saúde são campos de produção e aplicação de saberes, os quais visam o desenvolvimento do ser humano. A união desses dois campos acontece em qualquer nível de atenção à saúde e na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde, gerando um ciclo permanente de ensino e aprendizagem (PEREIRA, 2003).

Educar não significa simplesmente transmitir/ adquirir conhecimentos, mas sim criar possibilidades para a sua produção ou construção, valorizando todos os conhecimentos dos sujeitos envolvidos no processo educativo (FREIRE, 1997).

Educar significa também cuidar e para cuidar é necessário se educar. Os atos de educar e cuidar representam uma intersecção, que visa à internalização de um pensar e agir por parte dos sujeitos implicados no contexto. A educação possibilita a liberação das potencialidades do ser humano, levando-o a ser um agente transformador do seu meio (GARCIA, 2001; CASSIMIRO, 1979).

O processo ensino-aprendizagem é de fundamental importância para o êxito das atividades realizadas no setor saúde. Conforme Abreu e Maseto (1985), a aprendizagem é exclusivamente pessoal e envolve mudança de comportamento ou de situação do aprendiz. Para que a aprendizagem realmente aconteça, ela deve ser significativa para o aprendiz; é preciso visar objetivos realísticos e ser acompanhada de uma retroalimentação. Qualquer aprendizagem deve ser embasada em um bom relacionamento interpessoal entre os participantes do processo educativo.

O processo de ensino-aprendizagem em serviços de saúde possui aspectos diferentes daqueles realizados em salas de aulas. A aproximação da realidade social permite tornar a educação significativa. Os projetos pedagógicos devem responder às diretrizes e princípios do sistema devem atentar para as questões que envolvem o processo ensino-aprendizagem, como os conteúdos e tecnologias educativas e aquelas relacionadas ao modelo tecnoassistencial como conhecimentos, práticas e relações, que interferem no modo de intervir em saúde. As ações em saúde são atividades práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e o pensar e fazer cotidiano da população (GARCIA, 2001; VASCONCELOS, 2001).

A educação em saúde sustentada por tecnologias educativas vai além do paradigma da transmissão do conhecimento, no qual o profissional de saúde é o que sabe mais e o paciente o que sabe menos, sendo apenas o receptor desse saber. Com esta sustentação, a educação em saúde coloca os envolvidos no processo numa mesma posição de “aprendentes”, no qual o saber de cada pessoa é valorizado num processo de ensino-aprendizagem em que existem tempo e espaço para trocas e todos vão sendo fortalecidos. A educação em saúde visa capacitar

indivíduos e/ou grupos a tornarem-se independentes, com o propósito de conquistarem melhores condições de vida e saúde (WALL, 2001; KAWAMOTO, 1993).

As tecnologias educativas são um conjunto de conhecimentos que se aplica a uma atividade, tendo como ponto de partida a realidade do ser humano, valorizando suas experiências, seu contexto de vida e suas expectativas frente ao processo saúde-doença. Dentre as inúmeras e diversas formas de tecnologias educativas, destacam-se: palestras, exposições dialogadas, vídeos, relato de experiências ou conversas formais e informais, dinâmicas de grupo, dramatizações entre outros (WALL, 2001).

Para utilizarmos tecnologias educativas em nossa prática assistencial, é necessário ter em mente que elas possuem espírito lúdico, criando oportunidades de um convívio e relações enriquecedoras para os participantes. Para aplicá-las é indispensável o planejamento, sendo este executado de acordo com a necessidade da situação vivenciada, tendo objetivos claros (WALL, 2001).

As linhas ou tendências pedagógicas são suporte para a realização de ações educativas que definem o processo ensino-aprendizagem. As abordagens predominantes no ensino brasileiro são as abordagens: tradicional, renovada, tecnicista e as que marcaram por preocupações sociais e políticas. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1997).

A abordagem tradicional é marcada pela concepção de que o homem adulto é um ser pronto acabado e as crianças necessitam ser lapidadas. O ensino é centrado no professor, mantendo uma relação vertical, onde o professor detém o poder de decidir, informar e conduzir os alunos para objetivos que lhe são externos, ou seja, escolhidos pela escola ou a sociedade. A educação funciona com um

processo de transmissão de informações e sistematizadora de uma cultura complexa. A inteligência é considerada a capacidade de acumular / armazenar informações. A exposição oral dos conteúdos é predominante na abordagem tradicional. Sendo esta com uma seqüência predeterminada e fixa independente do contexto escolar. É enfatizada a repetição de exercícios garantindo desta forma a memorização dos conteúdos (MIZUKAMI, 1986; PEREIRA, 2003).

A abordagem renovada inicia por efetuar crítica a pedagogia tradicional. Considera que o mais importante não é aprender, mas sim aprender a aprender. Cabe ao professor agir como estimulador e orientador da aprendizagem cuja iniciativa principal caberia aos próprios alunos. A aprendizagem seria uma conseqüência espontânea do ambiente estimulante e da relação viva que se estabeleceria entre os alunos e entre estes e o professor. O professor busca facilitar o desenvolvimento livre e espontâneo do aluno. O processo de busca pelo conhecimento deve partir do educando. Compete ao educador organizar e coordenar as situações de aprendizagem, adaptando suas ações às características individuais dos alunos, para desenvolver capacidades e habilidades intelectuais. O facilitador estimula ao máximo a motivação dos alunos, despertando neles a busca pelo conhecimento, o alcance das metas pessoais, metas de aprendizagem e desenvolvimento de competências e habilidades (SAVIANI, 2000; PEREIRA, 2003).

Na abordagem tecnicista a educação visa organizar o processo de aquisição de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos, úteis e necessários para que as pessoas se integrem na máquina do sistema social e global. Objetiva produzir indivíduos competentes para atuar no mercado de trabalho, transmitindo informações precisas, objetivas e rápidas. É ensinado somente o que é objetivo, ficando eliminado qualquer sinal de subjetividade. O material didático encontra-se

sistematizados nos livros, módulos, dispositivos audiovisuais, entre outros. A essência da abordagem tecnicista é a programação por passos seqüenciais, aplicada na instrução programada, nas técnicas de microensino, multimeios, módulos entre outros. O professor é o elo entre a verdade científica e o aluno, sendo de sua competência empregar o sistema instrucional previsto. O aluno é responsivo e não participa da elaboração do programa educacional. Professor e aluno são meros espectadores frente à verdade objetiva. A comunicação entre eles tem um sentido exclusivamente técnico, que é o de garantir a eficácia da transmissão do conhecimento (LUCKESI, 1994).

A pedagogia progressista libertadora é marcada por uma atuação não formal. Professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e dela extraem o conteúdo de aprendizagem, buscando atingir um nível de consciência dessa mesma realidade a fim de nela atuarem, buscando a transformação social. Esta é uma pedagogia questionadora da realidade das relações do homem com a natureza e com os outros homens, visando sempre a transformação. O que é mais importante não é a transmissão de conteúdos estruturados e específicos, e sim despertar uma nova forma da relação com a experiência vivida pelo sujeito. A relação de autêntico diálogo é fundamental nesta pedagogia. O educador e educando se posicionam como sujeitos do ato de conhecimento. A aprendizagem baseia-se na problematização da situação, permitindo ao educando um conhecimento mais crítico da sua realidade, e a troca de experiência. O trabalho educativo dispensa um programa previamente estruturado, trabalhos escritos, aulas expositivas, assim como qualquer tipo de verificação direta da aprendizagem. O conteúdo aprendido não decorre de uma imposição ou

memorização, mas do nível crítico de conhecimento, o qual se consegue pelo processo de compreensão, reflexão e crítica (LUCKESI, 1994)

Na tendência progressista crítico social dos conteúdos a preocupação é a difusão de conteúdos vivos, concretos e indissociáveis da realidade social. A educação permite que o aluno, pela intervenção do professor e por sua própria participação ativa, passe de uma experiência inicialmente confusa e fragmentada a uma experiência sintética, organizada e unificada. Os métodos de ensino não partem de um saber artificial, nem do saber espontâneo, mas de uma relação direta com a experiência do aluno, confrontada com o saber trazido de fora. Aprender significa desenvolver a capacidade de processar informações e lidar com os estímulos do ambiente, organizando os dados disponíveis da experiência .(LUCKESI, 1994).

Julga-se que na educação em saúde, a tendência pedagógica mais apropriada é aquela que não dissocia a realidade social do aprendizado. A aproximação da realidade pode tornar a educação mais significativa. É essencial que a educação seja um caminho de mão dupla, onde todo e qualquer tipo de conhecimento seja valorizado. E que os conhecimentos adquiridos sejam necessários e capazes de despertarem as mudanças de coisas ou hábitos que podem ou estão provocando algum tipo de doença.

Um dos objetivos principais da educação em saúde é despertar no indivíduo a percepção de que saúde é uma necessidade, a partir da qual se pode gerar tensão ou energia (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Neste sentido, a educação não pode se resumir no ato de transmitir, de depositar o conhecimento, mas sim, em um ato cognoscente entre sujeitos (educador – educando), numa relação dialógica e problematizadora. Para os

sujeitos, dialógicos e problematizador, o conteúdo programático da educação não é imposto ou doado, como um conjunto de informações depositadas nos educandos, mas sim, a devolução organizada, sistematizada e acrescentada aos sujeitos, as quais foram apresentadas de forma inestruturada. A valorização do conhecimento do educando, ou seja, o conhecimento popular, faz com que o educando se sinta em "casa", mantendo a iniciativa para a tomada de decisões. Na educação popular, é fundamental ter em mente que não adianta que o tema a ser discutido seja revolucionário, se o processo de discussão mantiver verticalizado, é necessário que esta discussão aconteça de forma horizontal para o êxito da educação em saúde (GARCIA, 2001; VASCONCELOS, 2001; FREIRE, 1996; FREIRE, 1975).

A educação em saúde deve ser desenvolvida numa base conceitual que fortalece as ações alicerçadas no conhecimento humano, proporcionando ao indivíduo o domínio de sua própria vida e o controle sobre o ambiente em que atua, desenvolvendo o poder de reflexão e de análise crítica, conforme a tendência progressista crítico social (CONHEN et al., 2004).

As práticas educativas são indispensáveis às práticas em saúde. As ações de saúde não representam apenas a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica. A assistência à saúde não é somente, processos de intervenções nas patologias, mas de interferências para que o indivíduo e a coletividade dispensem de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, sócio-econômicos e espirituais. As práticas de saúde podem ser desenvolvidas em qualquer contexto social, visto que o campo da saúde é muito mais amplo do que o da doença (PEREIRA, 2003).

Acredita-se que haja um consenso de que é imprescindível a valorização das ações educativas e uma maior aproximação da população, mas esses objetivos são vistos como dependentes apenas de maior empenho profissional e de valorização das lideranças institucionais. Frequentemente não se nota o leque de possibilidades de encaminhamento dessas ações e nem mesmo as diferentes implicações e barreiras de cada uma delas. Não basta a existência de coerência técnica e administrativa numa proposta de reorientação da atenção à saúde se ela não for compatível com as características culturais, corporativas e econômicas dos atores envolvidos na sua implementação (VASCONCELOS, 1998)

As ações educativas não são fáceis de serem dimensionadas e avaliadas, sendo diversas vezes menos valorizadas que o trabalho clínico, provavelmente devido às dificuldades de mensuração de seus resultados, além de também, não serem imediatos. Todavia, possui um potencial transformador, sendo capaz de traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção da saúde (BRASIL, 2000b).

Nos países em desenvolvimento ocorrem distorções conceituais entre os termos educação em saúde e promoção, o que tem provocado desentendimentos e afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública. A diferenciação desses conceitos permite distinguir com mais propriedade tipos de programas, de atividades e de procedimentos, propostos que podem ser de natureza educacional ou promocional; as quais visam contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde da população focalizada (CANDEIAS, 1997).

O que distingue a educação em saúde da promoção em saúde é que enquanto a primeira pode ser entendida como a combinação de experiências de aprendizagem, a segunda diz respeito a combinação de apoios educacionais e

ambientais. A educação em saúde tem por objetivo facilitar as ações voluntárias em direção à saúde. A promoção objetiva ações e condições de vida na mesma direção.

A promoção da saúde é uma idéia promissora que vem sendo discutida nos últimos 20-25 anos, e representa uma estratégia capaz de enfrentar os inúmeros problemas de saúde que afetam os indivíduos. Principia-se de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, visa à articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e resolução dos problemas. O desenvolvimento de habilidades e atividades do indivíduo que favorecem a saúde em todo o ciclo vital encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. (BUSS, 2000).

Segundo Pereira, Penteado e Marcelo (2000, p.43),

Promoção da saúde e a educação da saúde são indissociáveis. A promoção da saúde só se concretiza em estilos de vida e políticas públicas saudáveis se ações educativas ocorrerem simultaneamente, viabilizando a participação de indivíduos, grupos, enfim, da sociedade como um todo.

A partir da Conferência de Ottawa, e subseqüentemente a realização de outras reuniões do mesmo porte (Declaração de Adelaide, Declaração de Bogotá e Declaração de Jacarta) identificou-se que o caminho de Promoção da Saúde trilha através de intervenção social e de processos que ultrapassam o foco específico saúde, onde novas estratégias de trabalho e ações políticas levam a rupturas de paradigmas tradicionais dos serviços de saúde, seja nas abordagens técnicas e conceituais, seja também na estrutura hierarquizada do poder dos profissionais da área. Nessa perspectiva, o caráter de interdisciplinaridade e de participação torna indispensáveis práticas, cujas responsabilidades devem ser necessariamente compartilhadas por todos profissionais técnicos dos diversos setores envolvidos e a

população. Nessas novas estratégias é que as ações educativas ocupam espaço de maior influência e devem ser valorizadas (MELLO et al., 1998; BRASIL, 1996).

A reorganização dos serviços de saúde neste novo paradigma (promoção da saúde) deixa clara a proposta da superação do modelo biomédico como foco essencial da assistência. Apresenta-se como resultado de transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e formação dos profissionais (BUSS, 2000).

Promover a saúde não significa implementar ações inusitadas, e sim a redefinição do enfoque das políticas de saúde, buscando o seu fortalecimento e sua ampliação por meio de parcerias e da participação popular, visando a melhoria da qualidade de vida, com a inserção dos componentes: comunicação e educação, como qualificadores das práticas de saúde (BRASIL, [200?a]).

De acordo com a Carta de Ottawa, para promover a saúde é necessário capacitar a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Considera-se como saúde o resultado dos cuidados que o indivíduo dispensa a si mesmo e aos outros, é a capacidade de ter decisões e controle da própria vida e assegurar que a sociedade em que vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de ser saudável (BRASIL, 1996).

Conceitos de promoção da saúde podem ser encontrados em dois grandes grupos. No primeiro, as ações da promoção consistem na transformação dos comportamentos do ser humano, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio da família e da comunidade onde vive. O segundo grupo destaca que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, como alimentação adequada, moradia, saneamento, educação ao longo de

toda vida. As atividades estariam mais relacionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural (SUTHERLAND; FULTON, 1992 apud BUSS, 2000)².

As Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC), devem focar a promoção da saúde, passando a prevenção de doenças, a educação para a saúde, a proteção da vida, a assistência curativa e a reabilitação sob responsabilidade das três esferas de governo. É fundamental que, se utilize a pedagogia crítica, que leve o usuário a ter conhecimento também de seus direitos; dar visibilidade à oferta de serviços e ações de saúde do SUS; motivar os cidadãos a exercer os seus direitos e cobrar as responsabilidades dos gestores públicos e dos prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 2000c).

Para a efetivação do processo educativo é necessário atender a amplitude da promoção da saúde, e possuir características especiais, como: ser democrático, participante e problematizador (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000). “O tornar-se educador é uma construção, um conhecer, conhecer-se, conhecer o outro, rever realizar e mudar” (GARCIA, 2001, p.98).

O profissional de saúde deve atuar como facilitador do conhecimento, evitando trabalhar com um conteúdo pré-estabelecido e tecnologias educativas estilo palestra, que muitas vezes ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes de maior relevância para os presentes do que os previamente planejados. É essencial planejar as atividades, tendo um ponto inicial e final, e o caminho entre esses dois pontos deve ser construído e reconstruído pelo próprio grupo. O profissional deve valorizar os desejos e valores do indivíduo e adotar uma postura sensível e ética,

² SUTHERLAND, R.W; FULTON, M. J. 1992. Health Promotion, p.p. 161-181. In: SUTHERLAND & FULTON. Health Care in Canadá. CPHA, Ottawa.

respeitando-o como cidadão e eliminando as violências verbais e não verbais (BRASIL, 2000 d; BRASIL, 2001b; WALL, 2001).

As práticas sociais de informação, educação e comunicação têm fundamental importância para promoção da saúde, articuladas com formas de apoio social e com serviços de assistência de qualidade e resolutividade aceitáveis. A educação para a saúde e a promoção da saúde estão interligadas. A promoção exige a participação ativa de um público bem informado no processo de mudança, e a educação em saúde representa o veículo fundamental nesse processo (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000; MERCHÁN- HAMANN, 1999)

A comunicação é imprescindível para a assistência à saúde, sendo o principal meio de consolidar o processo educativo; constituindo como o recurso primordial para estabelecer confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde (CHIESA; VERISSIMO, 2001).

Comunicar não significa somente um processo de transmissão e entendimentos de informações, e sim um modo de promover entendimento entre as pessoas. Esta ferramenta é essencial para prover os cuidados de saúde, no sentido de ajudá-las a utilizarem suas próprias habilidades para encontrar soluções para seus problemas (LEITE et al., 1998).

O esforço humano de construção do diálogo entre os diferentes personagens e grupos envolvidos nos problemas de saúde não é garantia de sucesso. O diálogo é falível; é uma realização humana parcial e provisória; não é nem garantido pela existência de boas intenções, nem tampouco impedido pela existência de sérias diferenças. Contudo, mesmo tentativas fracassadas de diálogo entre as diferenças podem nos ensinar algo: que a persistência não resolve todos os conflitos, que alguns problemas não são solucionáveis, mas apenas administráveis, e que um certo nível de mistério e perplexidade acompanha todos os esforços de compreensão humana. Dar-se conta desses elementos fortalece em nós uma saudável modéstia sobre as possibilidades e os limites de nossos

esforços comunicativos (BURBULES; RICE, 1993 apud VASCONCELOS, 1998, p.10)³.

Em pesquisas sobre as práticas de educação em saúde, realizado pelo Ministério da Saúde, são apontadas as seguintes características: verticalidade, descontinuidade, predominância da fundamentação biológica, desarticulação de saberes, não participação, enfoque mecanicista e ausência de unidade conceitual. Julga-se que a atuação em saúde com essas características não são passíveis de gerar transformações e, portanto, não proporciona mudanças na qualidade de vida (BRASIL,1992 apud FONSECA et al, 2004)⁴.

Com a implantação do PSF, emerge a necessidade da discussão dos referenciais teóricos mais adequados para a transformação da prática educativa. Sendo que esses referenciais devem atender às novas bases conceituais e objetivas da assistência (CHIESA;VERÍSSIMO 2001).

No PSF, as ações educativas tendem se a aproximar mais dos princípios do SUS, buscando a garantia da integralidade na atenção e a criação de vínculo com a população. Acredita-se que as pessoas participam como atores ativos do processo educativo, fazendo suas próprias escolhas e trocando conhecimentos, os quais visam a melhoria da qualidade de vida (CHIESA; VERÍSSIMO,2001).

No cenário da Estratégia Saúde da Família, a educação em saúde significa abrir espaço para que o indivíduo/ comunidade estabeleça uma maior aproximação com o profissional de saúde, estabelecendo uma relação de confiança e aprendizado, onde educador e educando são sujeitos do processo educativo.

³ BURBULES, N. C; RICE, S. Diálogo entre as diferenças: continuando a conservação. 1993. In: Teoria Educacional em Tempos Pós-modernos (T.T. Silva, org) p.p. 173-204, Porto Alegre: Artes Médicas.

⁴ BRASIL, Ministério da Saúde. Educação para a participação em saúde: diretrizes gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

Para atuar na educação em saúde, o profissional pode utilizar inúmeras tecnologias educativas, a fim de alcançar os objetivos propostos como: campanhas, oficinas, dramatização, passeatas, gincanas, trabalhos corporais, mutirões, trabalho com grupos, entre outras.

O importante é utilizar elementos da cultura local para mobilizar e sensibilizar a comunidade para os cuidados com a saúde. As tecnologias educativas devem ser utilizadas de forma crítica reflexiva, valorizando o conhecimento de todos os envolvidos no contexto (BRASIL, 2000b)

Acredita-se que se as atividades educativas no PSF forem valorizadas e implementadas adequadamente, resultará em efeitos positivos e conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida da população, o que promoverá e contribuirá significativamente na diminuição dos atendimentos de média e alta complexidade.

1.1.4 ATIVIDADES EDUCATIVAS EM GRUPOS DE GESTANTES

“um homem só pode descobrir novos oceanos se tiver coragem de perder a terra de vista” MYLES MUNROE.

A população feminina é considerada significativa (50,77%) dentro do território brasileiro. As mulheres em idade fértil, ou seja, de 10 a 49 anos, representam 65% do total da população feminina, determinando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde. As mulheres são as principais usuárias do SUS, freqüentando para o seu próprio atendimento e/ou para acompanhamento de outros membros da família (BRASIL, 2004b).

A vida da mulher é marcada por um grande evento que é a gravidez. É um acontecimento natural no ciclo vital. E é tão notável e inesquecível que deverá estar envolto de todos os cuidados. A gravidez e o parto constituem experiências bio-psico-

social, e caracterizam-se por provocar inúmeras e profundas alterações físicas e emocionais na mulher. E isso requer um acompanhamento contínuo por parte da família e dos profissionais de saúde (XAVIER, 2004; OLIVEIRA; SAITO, 2001).

No Brasil, para o ano de 2002, a razão de mortalidade materna (RMM) foi de 53,6 óbitos materno por 100.000 nascidos vivos. No Centro a RMM foi de 62,3. Estima-se que 98% destas mortes poderiam ser evitadas (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2002b).

Para amenizar estes dados, julga-se que a organização do serviço de saúde conforme o nível de assistência, é essencial. O serviço necessita de recursos humanos adequadamente capacitados, equipamentos mínimos, sistema de registro que permita acompanhamento das gestantes e planejamento das ações conforme as suas necessidades. Não podendo esquecer a importância do monitoramento e avaliação sistemática dessas ações (BRASIL, 2004c).

A reorganização do sistema implica na melhoria ao acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à gestante. Fazendo-se necessário a integração das ações básicas de saúde com as de média e alta complexidade, de maneira articulada para atender as reais necessidades da gestante. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família, e sua proposta de identificar e enfrentar os principais problemas de saúde na área de abrangência, esta torna-se a principal porta de entrada ao sistema de saúde (BRASIL, 2004c).

À ESF, porta de entrada no sistema de saúde, compete o acompanhamento da gestante durante o pré-natal e puerpério, de forma a zelar pela integralidade da assistência e a humanização das ações.

Inúmeros problemas práticos podem surgir durante a reorganização dos serviços de saúde para propiciar à gestante/ parturiente uma assistência mais

humanizada. Para driblá-los, alguns serviços têm proposto a criação de grupos de apoio com a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde, buscando atender a mulher de forma integral. A principal razão de um grupo de apoio é o de ajudar a mulher a lidar com as vivências, e cuidar de si durante sua gravidez, bem como prepará-la para o parto e a maternidade (BRASIL, 2001).

Existem algumas maneiras de trabalhar no sentido de ajudar a gestante para receber o filho: cursos, grupos, psicoterapia individual, aulas sobre a gravidez, entre outros. Atualmente tem aumentado o número de profissionais que se dispõem a trabalhar com grupos de gestantes, preparando-as, juntamente com o seu companheiro, para a maternidade e paternidade (MALDONADO, 1996; SZYLIT; SCHVARTZ, 1984).

Observa-se nos últimos anos um aumento significativo de estratégias utilizadas durante o período pré-natal com o objetivo central de educar a gestante e seus familiares.

Entende-se por educação em saúde todo ato ou ações desenvolvidas com a gestante e seus familiares, com a finalidade de ensinar, informar, educar orientar, facilitar ou estimular a aprendizagem do processo grávido-puerperal. A principal razão deste tipo de trabalho é de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a adesão por parte das mulheres às indicações médicas, diminuir as ansiedades e medos, relacionados a gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2001; ROMAN, 1997).

A análise de alguns estudos tem permitido inferir que ações educativas desenvolvidas no período pré-natal podem trazer benefícios para as gestantes e aos recém-nascidos. Os aspectos positivos descritos referem-se aos efeitos cognitivos e físicos, com destaque para os que ocorrem durante a gestação. Em relação ao recém-

nascido parecem ter influenciado no peso ao nascer, redução da permanência no hospital e prevenção dos recém-nascidos prematuros (ROMAN, 1997).

Na ESF, a atividade educativa, tendo como modalidade o trabalho em grupo é vastamente adotada, principalmente com: hipertensos, diabéticos, idosos, crianças, gestantes entre outros, visando com isso a promoção da saúde. Este trabalho em grupo pode ser desenvolvido na própria Unidade Saúde da Família ou na comunidade. Em muitas situações, o trabalho educativo com grupo de gestantes, recebe o nome de curso, aula preparatória entre outros. Iremos abordá-lo como grupo.

Acredita-se que:

não é sem motivo que priorizamos no acompanhamento da gestante e seu companheiro o atendimento em grupo, pois esse serve como suporte e espaço rico para trocas de vivências, além de servir de arena, onde os participantes podem perceber e falar de seus conflitos (VIÇOSA, 1997, p.305).

As ações educativas grupais realizadas no pré-natal contribuirão para o conhecimento da gestante sobre a importância do pré-natal na redução da morbimortalidade materno-fetal, conhecimento das rotinas necessárias para um pré-natal de qualidade, conhecimento das transformações físicas e psíquicas; estímulo ao aleitamento materno, orientações sobre exercícios posturais, conseqüências e danos do uso abusivo de drogas e automedicações e orientações saúde bucal mãe-bebê (NETO et al, 1996). Em grupo é possível trocar sentimentos, experiências, valores, preconceitos, conhecimentos, vocabulários; o que promoverá a dinâmica das relações humanas, ou seja, mudanças de postura/ comportamento (ZIMERMAN, 1997; BUSNELLO, 1986).

Ao realizar educação em saúde, tendo como alicerce a modalidade de grupos, deve-se estar atento para compreender o grupo, respeitando suas

características. Deve-se ter em mente que cada grupo é diferente, mesmo porque cada ser humano é diferente, e o grupo é composto por seres humanos. Cada grupo é único, o que dá certo em um grupo não pode ser imposto para outro grupo. O profissional que estiver disposto a trabalhar com grupo deve respeitar a singularidade (WALL, 2001).

Trabalhar com grupos não é uma tarefa fácil. Acredita-se que seja um desafio para os profissionais de saúde, visto que muitos não tiveram em sua formação acadêmica, alicerce teórico para coordenar o trabalho em grupos. Os grupos podem ser coordenados por uma equipe multiprofissional. Os profissionais de saúde que prestam assistência têm uma importância significativa na formação da relação de confiança e do bem-estar da gestante, garantindo-lhe tranquilidade e a segurança de estar sendo bem cuidada (MALDONADO, 1996; SZYLIT; SCHVARTZ, 1984).

É imprescindível que os profissionais de saúde que se proponham trabalhar com grupos tenham clareza dos objetivos, das tecnologias educativas adequadas, respeite a singularidade de cada um, e que elabore um planejamento para que possa conduzir o grupo com mais tranquilidade. É importante que, o coordenador seja um facilitador do conhecimento e não o indivíduo dono do saber, impondo seus conhecimentos.

Algumas atribuições são destinadas a quem se propõe a trabalhar com grupos como: acreditar em grupos; saber conter as angústias e necessidades próprias e a dos outros; buscar manter uma sintonia afetiva, posicionando no lugar do outro; comunicação adequada; ser verdadeiro, ter senso de humor e ter capacidade de fazer integração e síntese das mensagens emitidas (ZIMERMAN, 1997).

A equipe deve estar integrada para assumir em conjunto um trabalho com grupos de gestante. É importante que, se formule vínculos entre os participantes do grupo. Se em cada reunião for um profissional diferente coordenar o trabalho educativo em grupo, fica difícil para o grupo criar um clima de relaxamento e intimidade, ou seja, a criação de vínculos (FESIMA, 1988).

A troca de conhecimentos e experiências entre as gestantes e o pessoal de saúde, é considerada a melhor forma para promoção da saúde mãe e filho. Portanto, acredita-se que no grupo estas trocas se tornam mais acessíveis, devido à aproximação das participantes. O Grupo de gestante se enquadra dentro dos grupos classificados como operativos comunitários. A tarefa de grupos como este é de ajudar pessoas alterarem ou buscarem comportamentos mais saudáveis que podem ser aprendidos (MUNARI; RODRIGUES, 1997; ZIMERMAN, 1997).

No grupo com gestantes é possível que elas digam dos seus problemas e reflitam sobre eles. Ao se ouvirem retratando suas vivências e preocupações, tomam consciência dos fatos que estão ocorrendo consigo mesmas e a sua volta. No mesmo momento é possível receber informações científicas sobre o fenômeno gestacional. A junção do dizer, refletir e receber informações científicas contribui para a redução do medo do desconhecido e, conseqüentemente, para minimização ou eliminação da ansiedade (VIÇOSA, 1997).

Geralmente as questões que emergem em grupos de pré-natal, estão relacionadas aos seguintes temas:

Importância do pré-natal; sexualidade; orientação higiene-dietética; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sinais e sintomas do parto; importância do planejamento familiar; informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério; importância da participação do pai durante a gestação; importância do vínculo pai-filho para desenvolvimento saudável da criança; aleitamento materno; preparo psicológico para as mulheres

que têm contra-indicação para o aleitamento materno (portadoras de HIV e cardiopatia grave); importância das consultas puerperais; cuidados com recém-nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente) (BRASIL, 2000 d, p.10).

É fundamental ter em mente que para se ter um aprendizado em grupo é essencial que haja o diálogo.

A prática do diálogo - que entre os gregos antigos significava livre fluxo de idéias entre um grupo de pessoas - foi preservada em muitas culturas "primitivas", como a dos índios americanos, porém foi praticamente esquecida na sociedade moderna. Atualmente, os princípios e a prática do diálogo estão sendo redescobertos e colocados em um contexto contemporâneo (SENGE, 1990, p.19).

As Gestantes sentem necessidades de conversarem sobre suas sensações, expectativas, o bebê, o enxoval, a arrumação do quarto; e se decepcionam quando percebem que as outras pessoas não se entusiasmam com os assuntos. No entanto, no grupo onde todos estão vivendo situações semelhantes surgem o entendimento e a compreensão entre os participantes (MALDONADO, 1996).

O grupo é composto por gestantes, sendo ideal a participação dos companheiros, oportunizando assim uma visão mais ampla da situação. O grupo de casais grávidos deve se reunir na média de doze sessões, onde todos têm plena liberdade de expressar suas vivências, expectativas dúvidas e temores. O profissional deve usar uma linguagem simples e seu potencial de sensibilidade para compreender as necessidades das gestantes, entender o que as participantes querem. Deve-se levar em consideração o que elas sabem, o que precisam ou desejam saber, tornando assim, a atividade educativa mais significativa e proveitosa (MALDONADO, 1996; FESIMA, 1988).

Os assuntos que serão discutidos em cada sessão devem surgir espontaneamente a partir das necessidades do grupo. Devendo ser transmitidas as informações essenciais de maneira informal e com recursos didáticos, os quais facilitam a compreensão. (MALDONADO, 1996; ROMAN, 1997).

A efetivação do processo de aprendizagem, com mudanças e alterações de comportamento só acontecerá, quando os sujeitos (educador e educando) da ação, estiverem envolvidos, se sentindo co/responsáveis e estimulados a participarem ativamente do processo educativo (ROMAN, 1997).

Não existe receita ou fórmula pronta para o trabalho de grupo com as gestantes, mas é importante lembrar que os serviços de saúde devem programar as sessões educativas conforme as suas possibilidades e da clientela. No entanto, é recomendada a utilização de alguns pressupostos como: se o grupo é homogêneo ou heterogêneo; grupo fechado (não entra mais ninguém depois de iniciado) ou grupo aberto (sempre podem ser admitidos novos componentes); o tempo de duração do grupo; o número de participantes; finalidade do grupo; duração de cada reunião e número de reuniões semanais (FESIMA, 1988; ZIMERMAN, 1997)

Frente aos pressupostos para o trabalho com grupo, sabe-se que é válida a troca de experiências entre gestantes primigestas e multigestas inseridas num mesmo grupo. É interessante coincidir o dia e horário da reunião com o atendimento do pré-natal e se, por acaso, na unidade de saúde não houver local adequado, a equipe juntamente com a clientela deve procurar um local apropriado para as reuniões. Um número grande de participantes é prejudicial para o funcionamento do grupo, o número razoável varia entre 10 e 15 participantes, as gestantes que iniciarem o pré-natal mais tarde, também deve ter garantido o direito de participar

das reuniões. O ideal seria se o grupo pudesse permanecer junto até o pós-parto (FESIMA, 1988).

O grau de estrutura do grupo é uma característica inerente às relações grupais. Este dependerá do tipo de funcionamento e organização interna do grupo. Podendo ser o trabalho com agenda fechada ou aberta, mas é importante que a variável seja explicitada no planejamento do trabalho (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Em relação à modalidade, grupo aberto é a que melhor identifica com os objetivos, pois a gestação tem um tempo estabelecido e se torna rico o trabalho quando existem gestantes em diferentes períodos gestacionais, permite uma troca de experiência maior e lhe dá uma sensação de evolução (VIÇOSA, 1997). Mesmo sendo o tipo de grupo variável, não há alterações significativas da atmosfera que o envolva. Para garantir o clima de confiança e liberdade de expressão nos grupos é fundamental que o coordenador saiba dar informações e resolver os problemas que por ventura possam surgir. É necessário também que o coordenador esteja em sintonia com cada elemento do grupo, para saber a necessidade deste, e, assim, transmitir aceitação e compreensão (SZYLIT; SCHVARTZ, 1984).

As variáveis físicas ao trabalhar com grupo também são de fundamentais relevâncias para que o trabalho aconteça. Está incluído entre essas variáveis, o tempo de duração, o local das reuniões, o número de coordenadores, o número de participantes e o número de encontros ou sessões ou reuniões. É indicado oferecer boas condições de trabalho, tendo um local amplo, ventilado, com acomodações adequadas para todos os presentes, preferencialmente para que todos possam estar olhando uns para os outros em forma de círculo e que ofereça, finalmente a privacidade que o trabalho de grupo exige (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Outra variável fundamental para se trabalhar com grupo é a coesão grupal. Esta é importante para estabelecimento de vínculos, de cada participante com o coordenador, dos componentes entre si e do grupo com um todo. O mais relevante neste processo é a manutenção das forças que mantêm as características do grupo, com suas facilidades e dificuldades, seus valores, o compromisso, a confiança e o vínculo, interligando os membros do grupo e o coordenador. O que facilita esse processo é o coordenador ter bem definido os objetivos que se propôs, relacionando-os com as necessidades dos componentes e com sua própria perspectiva (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Um dos empecilhos para a integridade do grupo que se deve levar em conta é a rotatividade da equipe, especialmente onde não tenham sido definidas as regras de participação de elementos que não são fixos no decorrer das reuniões, podendo estas causar dificuldades para atingir os objetivos e as metas preestabelecidas (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

O contrato de trabalho grupal tem influência direta no movimento de aproximação entre os profissionais de saúde e os participantes, os quais definirão juntos as regras e normas para convivência comum durante o tempo em que o grupo funcionar. Deve-se considerar as expectativas dos envolvidos no contexto, sendo importante sua avaliação e revisão constante, ou sempre que for necessário ajustar aspectos que não estejam atendendo ao grupo como um todo (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

No final das reuniões é importante que se faça avaliação. Inicialmente deve ser feita junto com as participantes, e de forma contínua, verificando se as expectativas foram respondidas. Outra alternativa de avaliação é reunir o grupo no retorno do pós-parto, ou mesmo perguntando individualmente nessa ocasião. Em

relação à avaliação entre os profissionais, uma maneira muito utilizada e que permite avaliação, é dois profissionais se alternarem na coordenação e observação do grupo (FESIMA, 1988).

Em suma, acredita-se que, a atividade com grupo de gestantes constitui um aspecto muito importante da assistência durante o ciclo grávidico-puerperal, sendo notório, os efeitos benéficos dessas ações para a melhoria da redução dos índices de morbi-mortalidade materna e infantil. Além de, atuar como o intercâmbio de experiências e conhecimentos das gestantes e profissionais da saúde, o que viabiliza a promoção da saúde do binômio mãe e filho. Portanto, é imprescindível o envolvimento/ engajamento cada vez maior dos profissionais de saúde nesta modalidade de assistência à gestante.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a implementação da atividade educativa junto a grupos de gestantes desenvolvida na Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar atividades de educação em saúde (grupos) com gestantes desenvolvidas na Unidade Saúde da Família e unidade básica de saúde.
- Analisar o conteúdo programático dos grupos de gestantes.
- Discorrer sobre as tecnologias educativas e metodologias didáticas pedagógicas utilizadas nos grupos para abordagem do conteúdo programático.
- Analisar as participantes dos grupos segundo as variáveis sócio-econômico-demográfico-cultural.
- Analisar os profissionais que atuam como educadores em saúde, de acordo com variáveis sócio-demográficas e de formação.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

A pesquisa com caracterização descritiva/ comparativa foi a alternativa metodológica eleita como a mais apropriada para o desenvolvimento do estudo em questão e que possibilitou o alcance dos objetivos propostos.

Este tipo de pesquisa é pautado na proposição de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores. A caracterização descritiva refere-se a estudos evidenciados pela necessidade de se desvendar uma situação não conhecida, da qual se tem pouca informação. Isto significa identificar suas características, sua variabilidade ou sua regularidade (LEOPARDI, 2001; POLIT; HUNGLER, 1995).

As discussões sobre o homem como ator social fazem emergir, com toda força, as ciências sociais que se preocupam com os significados, fortificando a introspecção do homem, a observação de si mesmo e ressaltam questões antes passadas despercebidas (MINAYO, 1996).

3.2 LOCAL

A escolha da Região Norte na cidade de Goiânia/ Goiás, como cenário do estudo proposto, foi devido ao fácil acesso e a contatos prévios com algumas unidades daquela região, como professora universitária, sendo permitido presenciar fatos instigantes, despertando assim, a motivação de conhecê-los melhor.

A Unidade de Saúde da Família foi escolhida aleatoriamente, através de sorteio realizado nas dependências do distrito da região Norte. Após identificação de

todas as Unidades Saúde da Família existentes naquela área de abrangência, o sorteio aconteceu da seguinte forma: os nomes das Unidades foram colocados em um papel, em seguida numa caixa e solicitado que uma pessoa neutra à pesquisa fizesse a retirada de um dos papéis, sorteando assim a Unidade que seria envolvida na pesquisa.

A unidade sorteada localiza-se no bairro Jardim Guanabara I.

O loteamento do bairro Jardim Guanabara iniciou-se por volta de 1969, com imigrantes vindos na grande maioria do Estado da Bahia e outras regiões do Nordeste. O bairro é delimitado pelo Aeroporto Santa Genoveva, a BR 153, Vila Militar, Vila Santa Cruz, Parque dos Eucaliptos e duas chácaras localizadas ao lado do aeroporto e na saída para a cidade de Anápolis. O retrato populacional é formado por grupos da classe média e de baixa renda.

O PSF foi implantado no Jardim Guanabara no dia 21 maio de 1999, com a atuação de 07 equipes, sendo algumas posteriormente remanejadas para outras unidades, ficando atualmente implementada a atuação de 04 equipes na Unidade Saúde da Família envolvida no estudo (dados coletados de registros arquivados no distrito Norte, provenientes de depoimentos de enfermeiras, Associação de bairro, 2002 e observações da pesquisadora).

A estrutura física da Unidade do PSF é dividida em: 04 consultórios médicos, 01 consultório para realização de exames preventivos, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de arquivo, 01 sala arquivo e digitação, 01 sala para atendimento de crescimento e desenvolvimento infantil, 01 depósito, 02 banheiros sendo: 01 público e 01 para funcionários, 01 copa, 01 sala de recepção. Na área externa da unidade possui 01 área coberta e 01 cozinha/ dispensa (observações da pesquisadora).

Já a Unidade Básica de Saúde (UBS), como estaremos designando a unidade onde não há Equipe de Saúde da Família, foi escolhida por ser a única da região Norte, na qual não está implantado o PSF. Por esta razão não foi necessário realizar nenhum sorteio.

A Unidade de Saúde escolhida situa-se na Vila Itatiaia. A Vila foi criada em 1977, a fim de atender a demanda habitacional dos funcionários da Universidade Federal de Goiás, SANEAGO, entre outros. A esta foi denominada a I etapa da Vila. Em seguida foram construídas novas moradias formando a II e III etapas. A Vila é localizada acerca de 10 Km do centro de Goiânia, e tem como um dos seus limites o Campus Samambaia da Universidade Federal de Goiás. Estima-se que a população local seja de aproximadamente 1.800 famílias, que desfrutam de um padrão social não muito homogêneo. Apesar de uma boa infra-estrutura, grande parcela dos moradores possui baixo poder aquisitivo. Inúmeros setores foram criados em torno da Vila Itatiaia, sendo que a maioria não possui infra-estrutura necessária, por isto dependem e utilizam os recursos da Vila, inclusive a assistência a saúde (dados coletados de registro arquivado no distrito Norte, proveniente de depoimento do presidente da Associação dos moradores).

A Unidade Básica de Saúde foi inaugurada em 1978. A partir de 1996 passou a ser gerido pelo governo municipal. Inicialmente havia somente atendimento médico (pediatra e ginecologista). Atualmente possui atendimento com pediatra, clínico geral e ginecologista. Atualmente, a unidade foi ampliada, tendo na sua estrutura física: 03 consultórios, 01 consultório odontológico, 01 sala de pré-consulta, 01 sala de enfermagem, 01 sala de esterilização, 01 sala de vacina, 01 farmácia, 01 recepção, 02 banheiros (01 público e 01 funcionário), 01 copa/cozinha, 02 sala de espera, 01 sala da diretoria, 01 sala aerossol, 01 sala arquivo, 01 sala

assistente social (dados coletados de registro arquivado no distrito Norte, proveniente de depoimento de gerente da unidade e observações da pesquisadora).

3.3 POPULAÇÃO ALVO

Grupos de educação em saúde compostos por: gestantes, educadores, auxiliares, acompanhantes, assim como a contextualização do ambiente em que se realizavam os encontros.

As atividades educativas no PSF ocorreram no período de 04 de março a 09 de junho de 2004. Na Unidade Básica de Saúde de 20 de fevereiro a 28 de maio de 2004.

3.4 ELEMENTOS IDENTIFICADOS

3.4.1 GESTANTE

Toda mulher grávida, independente da idade cronológica ou gestacional, e que participava do grupo de educação em saúde em uma das unidades do estudo.

- **Faixa etária:** Foi registrada a idade das gestantes em anos de vida, de acordo com os seguintes intervalos:
 - a- < 20 anos
 - b- 20 |– 30 anos
 - c- 30 |– 40 anos
 - d- 40 anos e +

- **Nível de escolaridade:** foram considerados os anos formais de estudos escolares, conforme a descrição abaixo:

- a- **Nenhum/analfabeto** – foi considerado nesta categoria aquelas que não freqüentaram unidade de ensino, e não sabem ler e escrever;
 - b- **Nenhum/alfabetizado** – participou desta categoria aquelas que não freqüentaram unidade de ensino, mas que sabem ler e escrever;
 - c- **Fundamental incompleto** – incluiu nesta categoria aquelas que não completaram o ensino fundamental;
 - d- **Fundamental completo** – incluiu nesta categoria aquelas que concluíram o ensino fundamental;
 - e- **Ensino médio incompleto** – incluiu nesta categoria aquelas que não concluíram o ensino médio;
 - f- **Ensino médio completo** – participou nesta categoria aquelas que concluíram o ensino médio;
 - g- **Superior incompleto** – foram consideradas todas aquelas que ingressaram na universidade, mas que não concluíram o curso superior ou que ainda estão cursando;
 - h- **Superior completo** – incluiu nesta categoria todas aquelas egressas da universidade, com conclusão do curso superior.
-
- **Renda familiar (R\$):** foi calculada em salário mínimo; o qual foi considerado o da época da coleta de dados (R\$ 240,00 - duzentos e quarenta reais), conforme Decreto Presidencial do dia 01 de abril de 2003, e constou do somatório de toda a receita gerada pelos membros da família residentes no mesmo domicílio.
 - **Idade gestacional** – foi registrada em trimestres, conforme a divisão abaixo:

- a- **Primeiro trimestre** – classificaram-se nesta categoria aquelas que tiveram idade gestacional de um a três meses de gestação;
 - b- **Segundo trimestre** – nesta categoria participaram aquelas que tiveram idade gestacional de quatro a seis meses de gestação;
 - c- **Terceiro trimestre** – participaram desta categoria aquelas que tiveram idade gestacional de sete a nove meses de gestação.
-
- **Número de filhos** – foi considerado número de filhos independente de estarem vivos ou não.

 - **Estado civil** – foi registrado nesta categoria conforme descrição abaixo:
 - a- **Solteira** – não possui um companheiro;
 - b- **Mora junto** – aquela que mora com um companheiro, independente do tempo, sem união oficial;
 - c- **Casada** – aquela que uniu oficialmente a um companheiro;
 - d- **Outros** – foi incluída nesta categoria as mulheres divorciadas e separadas.

 - **Situação habitacional** – nesta variável avaliou-se a situação habitacional das gestantes. Conforme a descrição abaixo:
 - a- **Casa própria** – aquela que pertence a algum membro da família;
 - b- **Casa alugada** – aquela que não pertence aos membros da família, sendo necessário pagar para morar nela;
 - c- **Cedida** – refere a residir em uma casa que não pertence aos membros da família e não paga por isto.

- **Ocupação** – registrou-se a ocupação exercida pela participante no período do curso.

3.4.2 EDUCADORES

Toda pessoa, independente da sua formação profissional, idade cronológica ou sexo, que se dispões a falar no sentido de instruir as gestantes participantes dos grupos de educação em saúde.

- **Faixa etária** – nesta categoria a idade dos educadores foi registrada em anos de vida, conforme os intervalos descritos abaixo:
 - a- < 20 anos
 - b- 20 |– 30 anos
 - c- 30 |– 40 anos
 - d- 40 anos e +
- **Sexo** – foi registrado quanto ao sexo masculino e feminino.
- **Formação Profissional** – registrou-se a formação profissional dos educadores que participaram do curso
- **Tempo de atuação profissional** – foi registrado em anos, conforme os intervalos apresentados abaixo;
 - a- < 1 ano
 - b- 1 |–5
 - c- 5 |– 10
 - d- 10 anos e +
- **Tempo de atuação na saúde coletiva** – registrou-se em anos, de acordo com os intervalos de confiança descritos abaixo:

- a- < 1 ano
 - b- 1 |–5
 - c- 5 |– 10
 - d- 10 anos e +
- **Tempo de experiência em trabalho com grupo de gestantes** – esta categoria foi registrada em anos, conforme descrição abaixo:
 - a- < 1 ano
 - b- 1 |– 5 anos
 - c- 5 |– 10 anos
 - d- 10 anos e +
 - **Formação para exercer trabalho em grupo** – foram registradas com respostas fechadas sim ou não.

3.5 MATERIAIS E TECNOLOGIAS EDUCATIVAS

Foram descritos junto com a estrutura física e organização da sala em um bloco de anotação (diário de campo) pertencente à pesquisadora.

3.6 COLETA DE DADOS

Fase I – Nesta fase foi realizada a análise documental do conteúdo programático proposto para intervenção educativa das Unidades envolvidas no estudo.

As diretrizes do conteúdo programático são padronizadas pela Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário - FUMDEC, diferenciando somente as metodologias utilizadas nas explanações dos temas propostos. As tecnologias

educativas e metodologias didático-pedagógicas são sugeridas no programa da FUMDEC, mas fica sob responsabilidade do coordenador do grupo ou educador, a escolha da qual subsidiará melhor o processo de ensino-aprendizagem.

A FUMDEC é uma fundação que tem como objetivo a assistência social as pessoas carentes. No entanto, o grupo de gestantes foi implantado em 1991, no mandado do governo municipal Darci Acorssi, com o propósito de incentivar o planejamento familiar nas famílias de baixo poder aquisitivo⁵.

A FUMDEC e a Secretaria Municipal de Saúde trabalham em parceria para a realização dos grupos de gestantes, com o objetivo de

proporcionar a mulher gestante um atendimento de qualidade através de ações sócio-educativas visando à redução dos índices de morbidade materna e oferecendo a mulher gestante de baixa renda familiar um kit de enxoval do bebê (FUMDEC, 2003, p.01).

O grupo de gestantes foi realizado em quatorze encontros, podendo participar todas as gestantes atendidas na unidade, independente de qualquer variável. Mas para ganhar o kit ofertado ao bebê, a gestante deve ter renda familiar de no máximo (R\$=300.00 - trezentos reais), que não pague aluguel e (R\$=400.00 - quatrocentos reais) se pagar aluguel. O kit ofertado ao bebê é caracterizado como um enxoval, contendo: 01 bolsa, 10 fraldas, 02 conjuntos de pagãs e mijões, 02 pares de sapatinho, 02 pares de meia, 01 absorvente, 01 cobertor, 01 manta.

Os horários/ dia da semana a ser realizada a atividade educativa em grupo são determinados pela coordenadora do curso a nível local. No entanto, as datas de início e término de cada curso são sugeridas pela FUMDEC.

⁵ Informação da coordenadora do grupo de gestantes na FUMDEC- Maria Terezinha Nogueira.

Denomina-se como coordenadora local a responsável pela efetivação do grupo de gestante no Programa Saúde da Família e na Unidade Básica de Saúde.

Fase II – Neste momento foi realizada a identificação das gestantes segundo as unidades e os grupos onde participaram, e segundo as variáveis sócio-econômica-demográficas. Os dados foram registrados numa planilha elaborada pela pesquisadora (ANEXO A), sendo portanto, a coleta desses dados feita de uma fonte secundária (ficha de inscrição das gestantes, fornecida pela a FUMDEC). Esta opção foi devido a curiosidade da pesquisadora, em conhecer a efetivação dos registros de dados, considerados de fundamental importância para a realização da atividade educativa em estrutura de grupo.

Fase III – Foi registrada a identificação dos profissionais que estiveram atuando como educador. Os dados foram coletados por meio de formulário, no qual constasse de oito questões, sendo sete objetivas e uma dissertativa (ANEXO B). Este formulário foi entregue ao educador no dia de sua reunião com o grupo de gestantes, sendo solicitado o preenchimento e a devolução no mesmo dia.

Fase IV – A pesquisadora esteve presente em 93% dos encontros em ambos os grupos, com a finalidade de registrar as tecnologias educativas e metodologias didáticas pedagógicas aplicadas pelos educadores e a dinâmica do grupo (medo/ inseguranças/ansiedade, expectativas/ dúvidas, desconfiança/ constrangimento e alegrias). Esta frequência correspondeu a treze reuniões. Registrou-se também nesta fase a participação da equipe na educação em saúde em estrutura de grupos para gestantes. No dia em que a pesquisadora esteve impossibilitada de comparecer

no encontro realizado no PSF, não houve a reunião devido à falta da educadora que conduziria o encontro na referida data. O registro das observações foi realizado no decorrer do trabalho educativo nas duas Unidades de Saúde, utilizando-se o diário de campo, para todas as anotações pertinentes a pesquisa, inclusive a dinâmica do grupo, a qual é entendida como todo o movimento dos participantes.

Fase V – Nesta fase, (último encontro) foi registrada a avaliação verbal das gestantes e coordenadores do grupo, sobre as atividades educativas. As perguntas feitas para esta avaliação foi o que elas (es) acharam do grupo de gestante? Aprenderam? Estas perguntas foram feitas pelos coordenadores dos grupos. O encerramento também foi registrado com fotografias dos membros dos grupos.

Fase VI – Nesta fase, os dados foram categorizados em seis categorias. A categorização é considerada por Turato (2003), como a classificação de elementos que constituem um conjunto. As categorias destacam os assuntos por relevância/ ou por repetição. Transformam os dados brutos em dados organizados e lapidados.

Os dados foram categorizados conforme descrição abaixo.

- Quem são as gestantes? nesta categoria foram agrupados todos os dados de identificações coletados na planilha (ANEXO A) das gestantes inscritas nas atividades educativas em grupo. Estes foram relacionados conforme as variáveis sócio-econômica-demográfico-cultural.
- Quem são os educadores? Nesta categoria foram agrupados todos os dados de identificações coletados nos formulários (ANEXO B) aplicados aos educadores. Estes foram relacionados conforme as variáveis sócio-econômica-demográfico-cultural.

- Dinâmica de funcionamento do grupo – Os dados foram relacionados conforme os registros no diário de campo, referentes aos aspectos estruturais dos grupos. Estes foram trabalhados de acordo com espaço físico, data/horários dos encontros, contrato de trabalho com grupo de gestantes, frequências das participantes, tamanho do grupo, lanche e tipo do grupo.
- Dinâmica das relações interpessoais – Os dados foram relacionados conforme as observações e os registros no diário de campo, referentes aos sentimentos expressos pelas gestantes/ educadores e as relações sociais no decorrer dos encontros. Os dados foram trabalhados de acordo com os sentimentos considerados mais relevantes: medo/insegurança/ansiedade, expectativas/ dúvidas, desconfiança/ constrangimento e alegrias.
- Descrição da participação da equipe na atividade de educação em saúde – nesta categoria foram relacionados os dados registrados no diário de campo referentes a participação dos profissionais de saúde das duas Unidades pesquisadas.
- Avaliação – nesta categoria foram agrupados os dados registrados no diário de campo, referentes as opiniões manifestadas por todos os sujeitos do estudo sobre a atividade educativa realizada em grupo. Estes dados foram relacionados de acordo com os aspectos positivos e negativos das atividades realizadas.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, contemplando a resolução CNS 196/96.

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia autorizou formalmente o desenvolvimento da pesquisa nas unidades municipais escolhidas. Após esta autorização da Secretaria, a pesquisadora visitou o Distrito Sanitário Norte (responsável pela coordenação e organização das atividades de saúde desenvolvidas pelas unidades de saúde da região) e também foram visitadas inicialmente as unidades envolvidas na pesquisa e contatadas verbalmente, sendo entregue a autorização do gestor municipal nesta ocasião.

No primeiro encontro em cada grupo das unidades e nos subseqüentes, quando necessário, os sujeitos da pesquisa foram contatados e concordaram em participar, assim como aceitaram a presença da pesquisadora durante as reuniões. Receberam orientações a respeito do consentimento livre esclarecido, com o qual concordaram formalmente, assinando o termo. Neste foram retratados os objetivos do estudo e a utilização final dos resultados; assim como a liberdade em participar ou não, e a garantia de interromper essa participação a qualquer momento, foi garantido também o anonimato e o sigilo dos dados coletados. Os sujeitos concordaram formalmente com a veiculação de imagens do grupo e seus participantes, salvo a exclusividade para divulgação do estudo proposto.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a categorização realizada apresentamos os resultados em seis categorias:

Na primeira serão agrupadas as variáveis sócio-econômico-demográfica-cultural das gestantes. Quem são as gestantes?

Na segunda serão descritas as variáveis sócio-econômico-demográfica-cultural dos educadores. Quem são os educadores?

Na terceira categoria demonstraremos a dinâmica de funcionamento do grupo, com descrições referentes ao espaço físico, datas/ horários dos encontros, contrato de trabalho com grupo de gestantes, freqüências das participantes, entre outros.

A quarta categoria corresponde a dinâmica das relações interpessoais, onde serão descritos os sentimentos expressos pelas gestantes e educadores.

Na quinta será relatado como foi a participação da equipe na atividade de educação em saúde, em estrutura de grupos de gestantes.

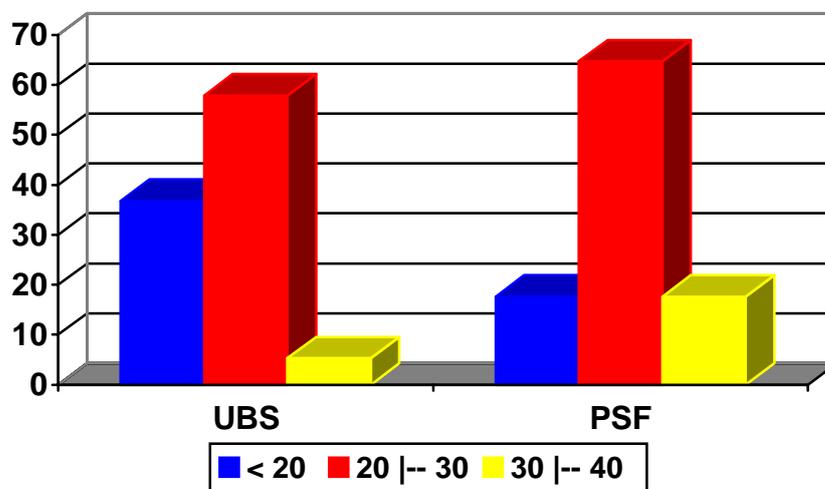
Na sexta e última categoria descrever-se-á as opiniões manifestadas pelos sujeitos no final do grupo, assim como as impressões do pesquisador, provenientes da sua participação como observador.

4.1 QUEM SÃO AS GESTANTES?

É importante ressaltar que para trabalhar educação em saúde em estrutura de grupo é fundamental que se conheça a clientela, o que possibilitará traçar um plano de trabalho adequado e alcançar os objetivos propostos. As

gestantes participantes dos grupos de educação em saúde, nas Unidades envolvidas do estudo proposto, apresentaram distribuições das variáveis sócio-econômica-demográfico-cultural de forma diferente.

Gráfico 1 – Distribuição da porcentagem de gestantes inscritas nos grupos de gestantes do PSF e Unidade Básica de Saúde, conforme faixa etária. Goiânia-GO, 2004.



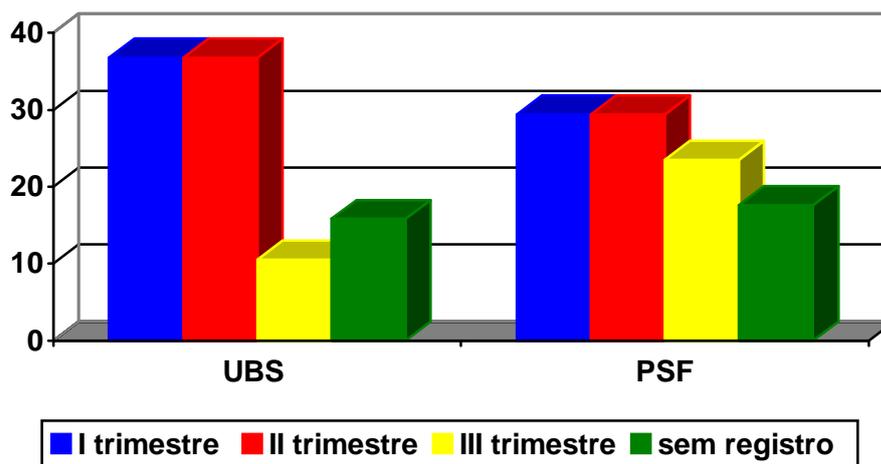
Ao analisarmos o gráfico 1 identificamos que a idade predominante entre as gestantes inscritas em ambos os grupos foi na faixa etária de 20 a 30 anos. A idade máxima encontrada entre as gestantes nos dois grupos foi de 36 anos. E a idade mínima foi de 16 anos.

A média das idades das gestantes estudadas na Unidade Básica de Saúde e no PSF foi de 21,7 e 23,8 anos, respectivamente. Não tivemos a participação de gestantes acima de 40 anos, idade considerada de risco para a gestação. No entanto, houve participação de gestantes adolescentes totalizando 10 participantes, sendo 7 (36,84%) da Unidade de Saúde e 3 (17,65%) do PSF.

Chama a atenção a maior proporção de gestantes adolescentes na Unidade Básica, embora em números absolutos não represente diferença

importante. É possível que, em grupos maiores fosse evidenciada esta diferença. Proporcionalmente o grupo UBS apresentou-se mais jovem em relação ao outro.

Gráfico 2 – Distribuição do percentual das gestantes inscritas nos grupos conforme a idade gestacional. Goiânia-GO, 2004.



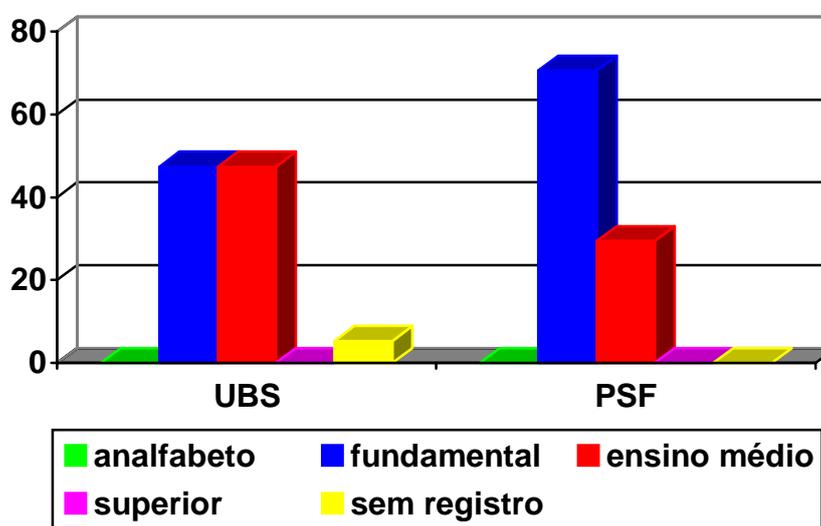
Observa-se que a maioria (73,68% (UBS) e 58,82% (PSF)) das gestantes, em ambos os grupos, encontrava-se entre o I e II trimestre da gravidez.

Na Unidade Básica 15,79% e no PSF 17,65% não tiveram registro de sua idade gestacional. Nos causa estranheza, que mesmo com uma filosofia diferenciada, os dados de não registro aparecem como uma constante na Unidade da Saúde da Família pesquisada.

O grupo do PSF apresentou distribuição da idade gestacional de forma eqüitativa. Ressalta-se que, neste grupo, foi proporcionalmente maior o número de gestantes do III trimestres de gravidez. Recorda-se também que este mesmo grupo é mais jovem em relação ao outro. Questiona-se as razões para que a participação das gestantes nas atividades educativas esteja acontecendo de forma tardia no grupo coordenado pelo PSF. Estaria faltando informação e estímulo para esta participação?

O segundo trimestre de gestação é o período mais estável da gravidez no que se refere ao aspecto emocional. Portanto, acredita-se que seja o período mais oportuno para desenvolver trabalhos educativos com as gestantes, julgando que neste momento estas estejam mais receptivas às novas informações. (MELO; LIMA, 2000).

Gráfico 3 – Distribuição da porcentagem das gestantes inscritas nos grupos educativos da Unidade Básica de Saúde e PSF, segundo o grau de escolaridade. Goiânia-GO, 2004.



A distribuição das gestantes segundo escolaridade evidenciou que não havia analfabetas ou pessoas com nível superior nos grupos. E a maior proporção (UBS- 94,74% e PSF- 100%) era de mulheres com ensino fundamental e médio (completo ou incompleto). Pesquisa de Neto et al., 1996, também com grupo de gestantes, mostrou predomínio na escolaridade primeiro grau incompleto, e Oba e Tavares, (1999) mostraram predomínio no primário incompleto, o que corresponde, nos dias de hoje ao ensino fundamental incompleto.

Ao trabalhar com grupos é necessário conhecer o grau de escolaridade, pois sabe-se que o baixo grau de escolaridade constitui uma das condições sócio-

demográficas desfavoráveis durante a gestação, sendo classificado como um fator de risco na gravidez, exigindo, portanto que o profissional dispense uma maior atenção às gestantes que se enquadram dentro desta variável (BRASIL, 2000d; BRASIL, 2000e). Conhecer a escolaridade da clientela é importante para que o educador utilize uma linguagem apropriada para o público alvo .

A coleta dos dados referentes ao grau de escolaridade completa ou incompleta não contemplou o proposto na metodologia, devido a falta de registros ou registros incompletos. É necessário salientar que, tais dados poderiam ter sido coletados junto às gestantes, mas optou-se por não fazê-lo, pois assim nos era também permitido verificar a qualidade dos registros relativos a identificação das gestantes, os quais constavam na ficha de inscrição feita pelos coordenadores, no dia em que a gestante entrava no grupo. Esta ficha é padronizada para os dois grupos, e é fornecida pela a FUMDEC.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes inscritas nos grupos educativos da Unidade Básica de Saúde e PSF, segundo ocupação no mercado de trabalho. Goiânia-GO, 2004.

Ocupações	Unidade Básica de Saúde		PSF		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Do lar	02	10,53	05	29,41	7	19,44
Doméstica	01	5,26	10	58,83	11	30,56
Estudante	02	10,53	00	00	2	5,56
Secretária	01	5,26	00	00	1	2,78
Manicure	00	00	01	5,88	1	2,78
Desempregada	01	5,26	00	00	1	2,78
Balconista	01	5,26	00	00	1	2,78
Não registrado	11	57,90	01	5,88	12	33,33
Total	19	100,00	17	100,00	36	100,00

Na Unidade Básica de Saúde 57,90% e no PSF 33,33% das gestantes inscritas não tiveram sua ocupação registrada na ficha de inscrição. Reafirmamos que, os dados foram coletados de uma fonte secundária, a fim de conhecer a efetivação dos registros de dados, considerada de fundamental importância para a realização da atividade educativa em estrutura de grupo.

A ocupação que predominou nos dois grupos foi a de doméstica e do lar. Tais ocupações são concebidas de formas variadas, Por exemplo, no caso de alguns registros de atividade “doméstica”, identificou-se posteriormente, em contato com as gestantes, que elas não trabalhavam fora de seus lares e não eram devidamente remuneradas. O que nos faz questionar tais registros.

As ocupações que exigem esforço físico, carga horária excessiva, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e estresse são fatores de riscos durante a gravidez, sendo necessário que os profissionais dispensem uma atenção especial a esta gestante (BRASIL, 2000d).

Nas ocupações registradas (doméstica e do lar) em ambos os grupos, acreditamos que necessita de uma atenção especial, pois com certeza estas podem ser classificadas dentro do grupo de risco, pois muitas vezes requerem esforço físico, estresse entre outras variáveis já citadas como fatores de riscos durante a gravidez.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes participantes dos grupos educativos, segundo a renda familiar. Goiânia - GO, 2004.

Renda familiar	Unidade Básica de Saúde		PSF		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
1 – 2 sm	07	36,84	05	29,41	12	33,33
2 – 3 sm	05	26,32	05	29,41	10	27,78
3 – 4 sm	03	15,79	00	00	3	8,33
4 ou +	01	5,26	00	00	1	2,78
Não registrado	03	15,79	07	41,18	10	27,78
Total	19	100,00	17	100,00	36	100,00

Na Unidade Básica de Saúde, a renda familiar predominante foi de 1 a 2 salários mínimos (36,84%). Já no PSF, os resultados foram diferentes. Os dados não registrados foram predominantes (41,18%), seguidos da renda familiar de 1 a 2 salários (29,41%).

Ao analisarmos a tabela 02 é possível identificar que a maioria das gestantes participantes do grupo da Unidade Básica de Saúde é proveniente de famílias de baixo poder aquisitivo, o que pode ser considerado como uma condição especial, exigindo do profissional mais atenção, sendo muitas vezes necessário que este utilize formas alternativas, visando atender melhor as necessidades da mulher grávida. Por exemplo, as atividades em grupo podem ser usadas como bons momentos para buscar soluções domésticas como adequação de recipientes para higiene dos bebês, fraldas, dentre outros.

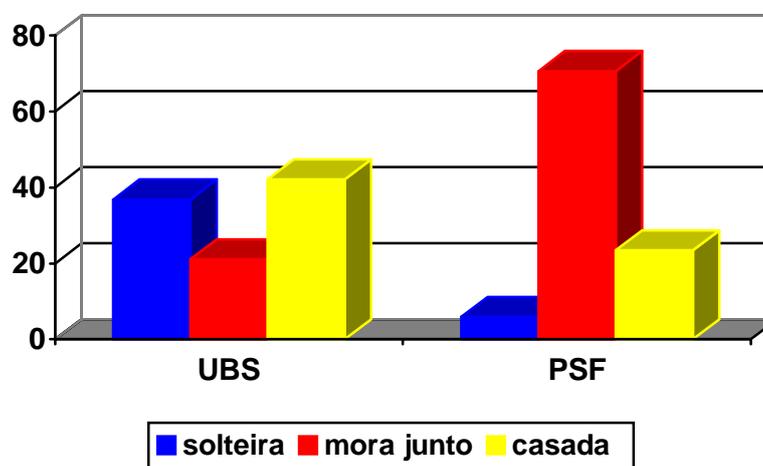
Já no PSF é inviável esta análise visto que a maioria (41,18%) não possui o registro da renda familiar nas fichas de inscrição. Acredita-se que esta variável é de fundamental importância, principalmente num Programa onde o foco de atenção é a família. Sabe-se que o conjunto de fatores social, econômico e cultural é determinante da organização, estrutura e dinâmica familiar. Portanto ao se trabalhar

com família é necessário que se atente para estes fatores considerados primordiais (TOBÓN, 1986).

Chama a nossa atenção o fato de que em uma unidade onde está implantado o Programa Saúde da Família, com todas as suas propostas de transformações de modelo da assistência, ainda encontramos situações semelhantes ao modelo tradicional.

Em todo o mundo, o baixo status socioeconômico é tido como um poderoso fator que contribui para o aumento do número de mortalidade e morbidade prematura. Há uma forte tendência de aglomerar comportamentos danosos à saúde, além dos fatores de risco biológicos e socioculturais (FALEIROS, 2003).

Gráfico 4 – Distribuição da porcentagem de gestantes inscritas nos grupos educativos segundo estado civil. Goiânia-GO, 2004

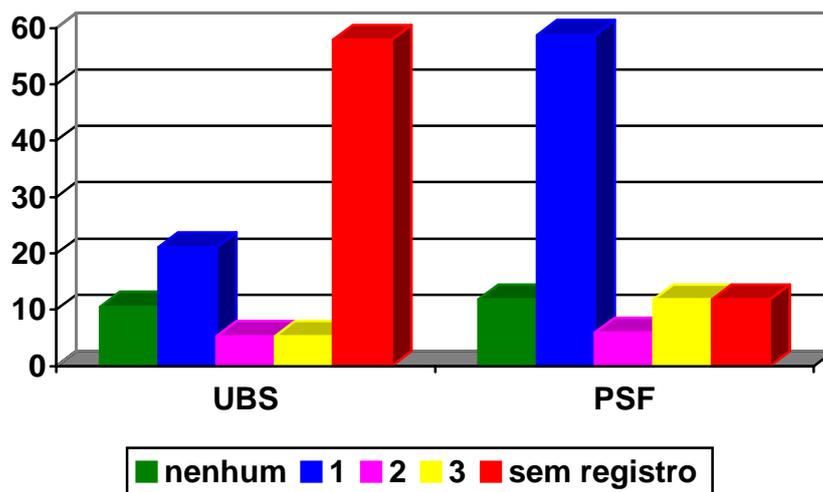


O estado civil casada predominou em 42,11% das gestantes da Unidade Básica de Saúde. No PSF predominou o estado civil tido como não regular “mora junto” (70,59%).

A identificação de situações apresentadas como “morar junto” pode caracterizar uma situação conjugal insegura e, por isso constituir-se uma condição

desfavorável para a gestante, sendo classificada como um dos fatores de risco na gravidez (BRASIL, 2000d).

Gráfico 5 – Distribuição da porcentagem das gestantes inscritas nos grupos conforme o número de filhos. Goiânia-GO, 2004



Nos dados coletados na Unidade Básica de Saúde prevaleceu em 57,90% aqueles que não tinham registros nas fichas de inscrição. Dentre as demais, 10,53% eram primíparas.

No PSF observou-se predominância de primíparas, com 11,76% das mulheres. Também foram encontradas situações sem registros (11,76%).

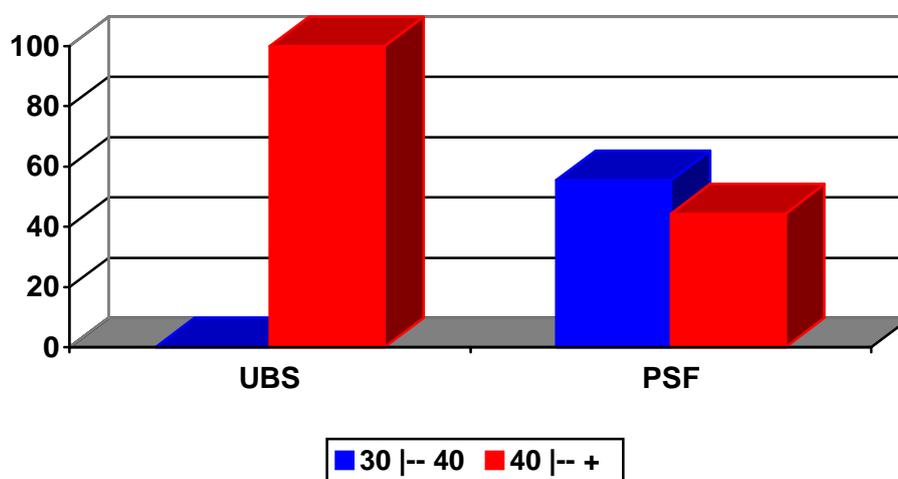
Reafirmamos a importância de conhecer o perfil das gestantes para o planejamento das ações de educação em saúde em estrutura de grupo. Este planejamento implica em viabilizar o envolvimento entre participantes, exposição do conteúdo a ser discutido, metodologia a ser utilizada, uso de tecnologias educativas apropriadas e o alcance dos objetivos propostos inicialmente.

4.2 QUEM SÃO OS EDUCADORES?

Denominaram-se educadores todos os profissionais que, durante as atividades educativas em grupo, exerciam o papel de facilitador ou palestrista, independente da metodologia que adotavam.

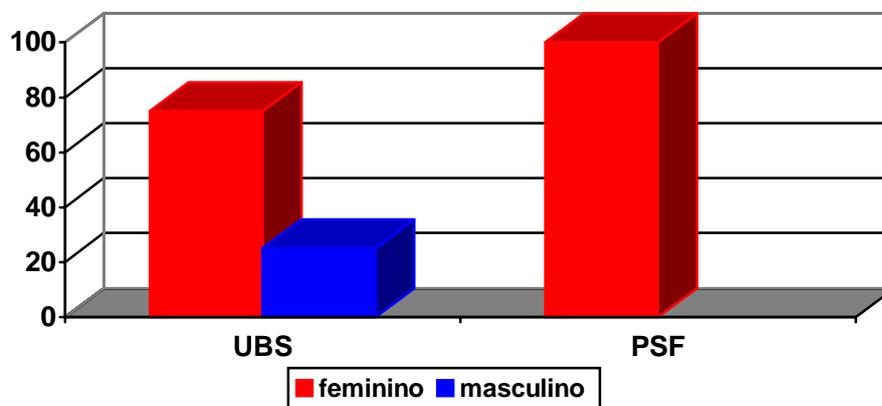
Acredita-se que conhecer o perfil dos educadores seja importante, pois o profissional ao se propor a trabalhar com grupos deve saber conduzi-lo adequadamente, respeitando normas e regras que regem o trabalho em grupo. Se o educador não estiver preparado para realizar este tipo de trabalho é pouco viável, que atingirá os objetivos desejados e que consiga manter uma coesão grupal.

Gráfico 6 – Distribuição do percentual de educadores dos grupos de gestantes, segundo faixa etária. Goiânia-GO, 2004.



Todos os profissionais que atuaram nas atividades educativas na Unidade Básica de Saúde apresentavam idade na faixa etária de 40 anos e +. No PSF, a idade predominante entre os educadores foi de 30 a 40 anos (55,56%), seguida pela a faixa etária de 40 anos e + (44,44).

Gráfico 7 – Distribuição da porcentagem dos educadores dos grupos de gestantes, segundo o sexo. Goiânia–GO, 2004



Houve predominância do sexo feminino entre os educadores nas duas Unidades (Gráfico 07).

Tabela 3 – Distribuição dos educadores dos grupos de gestantes, segundo a categoria profissional. Goiânia – GO. 2004

PROFISSÃO	Unidade Básica de Saúde		PSF		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Enfermeiro	01	25,00	03	33,34	04	30,77
Médico	01	25,00	0	0	01	7,69
Assistente social	01	25,00	02	22,22	03	23,09
Técnica higiene	01	25,00	0	0	01	7,69
Odonto-pediatria	0	0	01	11,11	01	7,69
Fonoaudióloga	0	0	01	11,11	01	7,69
Nutricionista	0	0	01	11,11	01	7,69
Psicóloga	0	0	01	11,11	01	7,69
Total	04	100,00	09	100,00	13	100,00

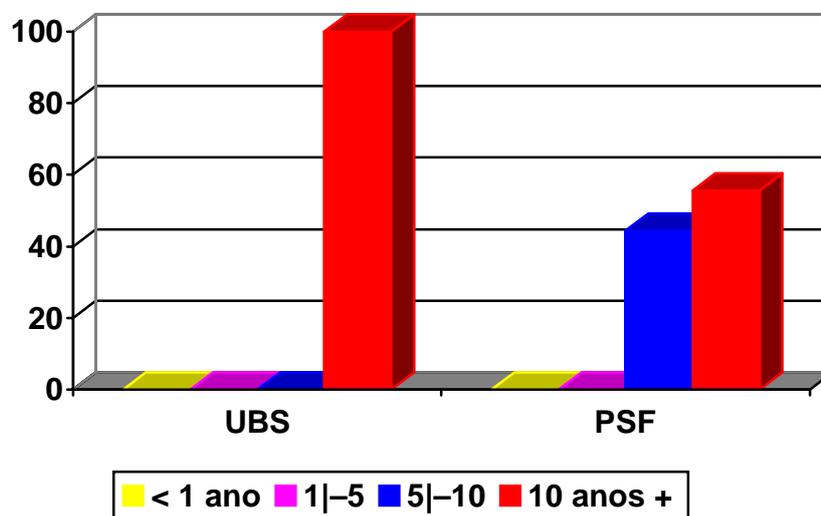
Observa-se que cada um dos profissionais que desenvolveram atividades educativas com grupo de gestante na Unidade Básica de Saúde possuía uma formação profissional diferente, dentre elas, apresenta enfermeiro (25%), médico (25%), assistente social (25%) e técnica higiene dental (25%). Dentre estes

profissionais citados somente a enfermeira e a técnica higiene dental trabalhavam na Unidade, os demais foram convidados a participarem das atividades educativas propostas.

No PSF predominou a profissão enfermeiro (33,34%), seguida por assistente social (22,22%), odonto-pediatra (11,11%), fonoaudióloga (11,11%), nutricionista (11,1%) e psicóloga (11,1%). Nos causou estranheza observar que dos profissionais citados no PSF, somente os profissionais enfermeiros são membros das Equipes implantadas na Unidade Saúde da Família, foco do estudo. Os demais profissionais são convidados, pertencentes a outras Unidades de Saúde.

Desenvolver ações educativas em grupo faz parte das atribuições da Equipe. É importante ter em mente que as ações educativas são práticas que devem ser desenvolvidas pelos profissionais do PSF, com a participação ativa da comunidade, a fim de capacitar as gestantes a identificarem suas necessidades ou deficiências, e aprender a transformá-las favoravelmente de maneira a promover a saúde dela e do seu filho.

Gráfico 8 – Distribuição do percentual dos educadores dos grupos de gestantes, conforme tempo de atuação profissional. Goiânia – GO. 2004



O tempo de atuação profissional dos educadores nas duas unidades foi acima de 5 anos. Este tempo de atuação já era esperado ao analisarmos a faixa etária dos educadores.

Tabela 4 – Distribuição dos educadores dos grupos de gestantes, conforme tempo de atuação na saúde coletiva. Goiânia- GO. 2004

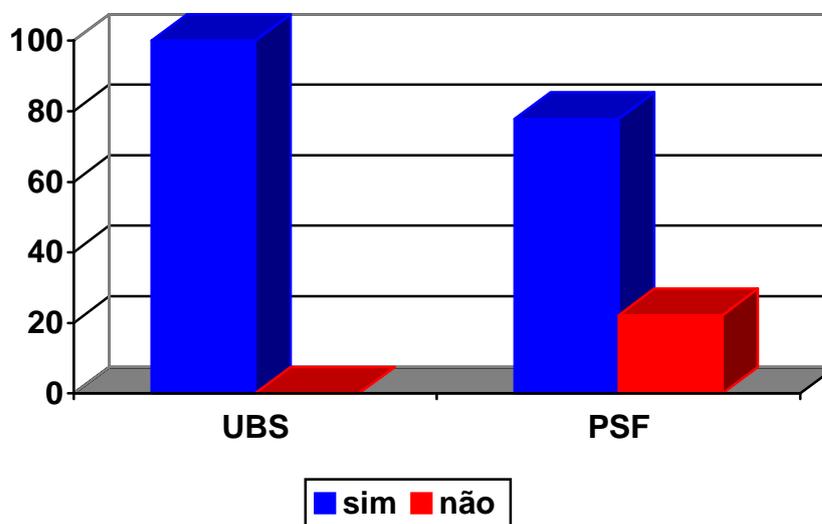
Tempo de atuação	Unidade Básica de Saúde		PSF		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
< 1 ano	0	0	0	0	0	0
1 –5	01	25,00	02	22,22	03	23,08
5 – 10	0	0	04	44,45	04	30,77
10 anos e +	03	75,00	03	33,33	06	46,15
Não atua	0	0	0	0	0	0
Total	04	100	09	100,00	13	100,00

Observa-se que 75% dos profissionais que atuaram na Unidade Básica de Saúde trabalham em saúde coletiva há 10 anos ou mais, seguido de 25% que atua de 1 a 5 anos. E no PSF constata-se que 44,45% dos educadores possuem de 5 a 10 anos de atuação em saúde coletiva.

Observou-se que os profissionais do PSF estão há menos tempo atuando em saúde coletiva do que o outro grupo. Isso é esperado considerando que muitos profissionais da equipe PSF são recém formados e o Programa ainda é recente em nosso país.

Quando abordados sobre preparação técnico-científica para trabalhar com grupos, foram obtidos os seguintes resultados:

Gráfico 9 – Distribuição do percentual dos educadores dos grupos de gestante, segundo preparação técnica científica de como trabalhar com grupos. Goiânia – GO, 2004.



Todos os educadores da Unidade Básica disseram ter tido orientação de como trabalhar com grupos. A mesma observação foi feita no PSF, onde a maioria (77,78%) teve preparação e 22,22% afirmaram não ter tido qualquer preparo ou formação.

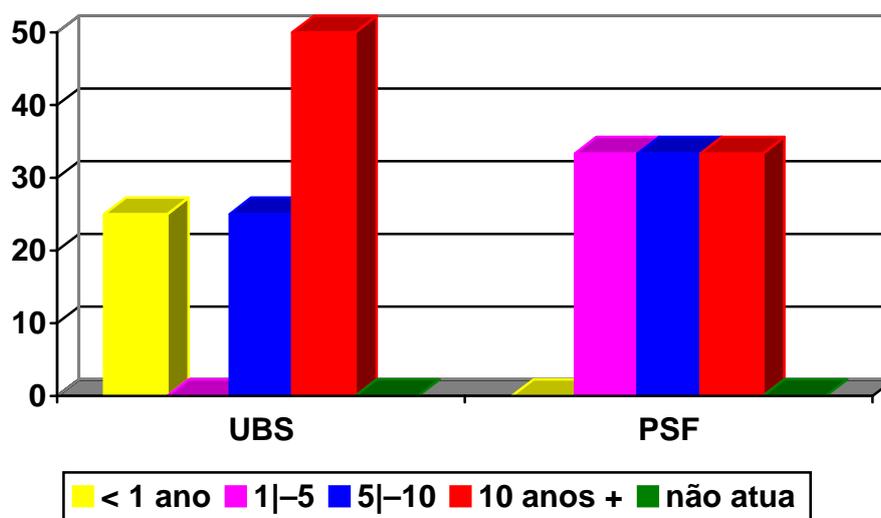
Tabela 5 – Distribuição dos educadores dos grupos de gestantes, conforme o tipo de preparação científica que tiveram Goiânia – GO. 2004

Tipo de preparação	Unidade Básica de Saúde		PSF		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Curso	04	50,00	05	23,81	09	31,03
Seminário	01	12,50	04	19,05	05	17,24
Oficina	01	12,50	05	23,81	06	20,69
Aulas	01	12,50	04	19,05	05	17,24
Outros	01	12,50	03	14,28	04	13,80
Total	08	100,00	21	100,00	29	100,00

Nas duas unidades, dentre os tipos de preparação científica citada pelos profissionais observou-se predominância na participação de cursos – modalidade educação continuada.

Ao citarem os outros tipos de preparações referiam-se a congressos e leituras. Não citaram em nenhum momento terem recebido qualquer tipo de preparo para atuarem em educação em saúde com grupos durante sua formação profissional (currículo).

Gráfico 10 – Distribuição do percentual dos educadores dos grupos de gestantes, conforme tempo de atuação com grupos de gestantes. Goiânia–GO. 2004.



A maioria (50%) dos profissionais da Unidade Básica de Saúde atua com grupos de gestantes a cerca de 10 anos ou mais.

No PSF os profissionais também demonstram ter experiência com grupos, sendo que 33,34% atuam de um a cinco anos.

A capacitação dos profissionais para desenvolvimento trabalho com grupos de gestantes é importante para o bom funcionamento do grupo. Em trabalho

científico realizado por Munari; Rodrigues, (1997) sobre enfermagem e grupos apontou o despreparo profissional como um fator limitante e dificultador no desenvolvimento do trabalho com grupos.

4.3 DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO GRUPO

Busca-se apreender alguns aspectos estruturais dos grupos, os quais podem contribuir para o êxito ou fracasso das atividades educativas em particular com o de gestantes.

4.3.1 CONTRATO DE TRABALHO COM GRUPO DE GESTANTES

O contrato de trabalho grupal é uma recomendação importante para desenvolvimento da técnica de educação em saúde em grupo. Assegura o comprometimento grupal, propiciando a aproximação dos integrantes, os quais juntos definirão regras e normas que possibilitem o funcionamento do grupo, dentre elas pode-se destacar: local das reuniões, horários, dia da semana, datas dos encontros, tamanho do grupo, tipo do grupo (aberto / fechado) freqüência das participantes, participação da equipe, entre outros (MUNARI; RODRIGUES, 1997; ZIMERMAN, 1997).

Diante deste conhecimento e da constatação de que todos os educadores da Unidade Básica de Saúde e 77,78% do PSF tiveram preparação científica de como trabalhar com grupos, esta variável foi observada criteriosamente no início do grupo de gestante.

Foi possível constatar que na Unidade Básica de Saúde o contrato de trabalho foi realizado pela coordenadora local, no segundo dia de reunião. Neste foi definido:

- O dia e horário dos encontros (sexta-feira, das 15:30h as 17: 00 h), sendo acordado por todos os presentes a pontualidade nos horários;
- Grupo livre – no sentido de liberdade de expressão, com ressalva de que o for dito deverá permanecer no grupo;
- Grupo restrito – para entrada de pessoas estranhas (por exemplo funcionários “*para tais visitinhas*”). Só poderá entrar e permanecer uma pessoa de “fora” quando todos os integrantes do grupo permitirem. Foi acordado que poderiam trazer pessoas da família (marido, avós, mãe, entre outros). Contava-se neste momento com a presença de um companheiro de uma das gestantes;
- Em caso de algum integrante do grupo precisar faltar, este deve comunicar com antecedência. Neste momento foi fornecido o número do telefone da Unidade para todos os participantes.
- Consentimento para a presença da pesquisadora durante as reuniões.

O espaço físico onde aconteceriam as reuniões não foi discutido no contrato de trabalho. Porém, as expectativas das participantes (coordenadora e gestantes) foram expressas inicialmente.

A presença de um pai/companheiro participando do grupo gerou vários comentários entre as gestantes

Gestantes:

- “É bom à opinião masculina”.
- “O pai do meu filho não pode participar”.
- “É bom participar quando é o primeiro filho”.

Apesar do grupo ser destinado para gestantes, é ideal que se estimule a participação do companheiro, oportunizando uma visão mais ampla da situação. Esta participação trará maior segurança para a mulher, visto que juntos trocarão experiências e planejarão a melhor maneira de realizar os cuidados durante a gravidez e os dispensados ao bebê (MALDONADO, 1996).

É fundamental retratar que a interação entre os componentes do grupo foi estimulada com a utilização de uma técnica de apresentação.

Nas observações efetuadas no PSF não identificamos a realização do contrato de trabalho grupal. A coordenadora local informou às participantes como funcionaria o grupo e o horário determinado. As expectativas das gestantes não foram levantadas. Foi solicitado que as gestantes falassem sobre o dia da mulher, data comemorativa daquele mês.

A interação entre os participantes não foi estimulada, sendo somente feita a apresentação da coordenadora, da auxiliar dos serviços gerais e a minha apresentação.

Quando fui me apresentar utilizei também da palavra para explicar sobre a minha presença e pedir o consentimento para participar e permanecer durante todo o período das reuniões.

4.3.2 ESPAÇO FÍSICO

É de fundamental importância, a adequação do ambiente aonde irá se desenvolver o trabalho em grupo. Sendo relevante oferecer condições de trabalho em um ambiente amplo, arejado, privativo, acomodações para todos os participantes, preferencialmente para que possam estar olhando uns para os outros em forma de círculo (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Na Unidade Básica de Saúde, a maioria (78.57%) dos encontros aconteceu num consultório médico da Unidade. A sala era pequena, porém com iluminação e ventilação satisfatória. A sala continha uma maca, uma mesa, um ventilador de teto, dois bancos, duas cadeiras, as quais estavam dispostas em círculos. Não houve interrupções significativas causadas por ruídos sonoros ou visuais. A privacidade das reuniões foi garantida.

Nos demais encontros (21.43%), a reunião ocorreu em uma das salas de espera da Unidade, esta parecia maior do que o consultório, também se apresentava arejada e com boa luminosidade. No entanto, a privacidade não era tão preservada, pois em alguns momentos havia funcionários transitando no recinto. Neste local havia dois bancos de cimento e dois bancos de madeira. Cadeiras foram levadas para o local, quando necessário. A disposição dos assentos era em círculo.

No oitavo encontro, a reunião iniciou no consultório médico, como de costume e terminou no consultório odontológico da unidade. O consultório odontológico possuía uma sala ampla, arejada, boa luminosidade, com lugar para todos se assentarem. As cadeiras estavam dispostas desordenadamente. A mudança de ambiente, aconteceu devido a proposta de uma aula prática sobre escovação.

Os assentos da sala de reuniões na Unidade Básica de Saúde pareciam desconfortáveis para mulheres grávidas, principalmente para aquelas que estavam no terceiro trimestre de gravidez. No entanto, as gestantes não verbalizaram o desconforto, este só foi observado devido o excesso de movimentos que elas faziam nos bancos durante as reuniões.

O espaço físico na Unidade Saúde da Família era bem diferente do apresentado na Unidade Básica de Saúde. Todos os encontros aconteceram numa área externa da Unidade do PSF. Esta área era aberta, apresentando-se bem arejada e com boa luminosidade. No entanto, foram identificadas interferências significativas de ruídos sonoros e visuais. Esta área dá vista para a rua, sendo possível ver e captar todos os movimentos e ruídos que acontecem na rua e na frente da unidade, como, por exemplo, conversas de pacientes que estavam aguardando para consultas. Isto deixou as gestantes dispersas na maioria dos encontros. Em um dos encontros, onde o ruído estava em excesso, havia pessoas contando a grama perto da Unidade, uma gestante expressou indignada *“não dá para conversar tem que gritar”*.

Outro aspecto negativo presenciado em relação ao espaço físico foi a falta de privacidade durante as reuniões. Os encontros eram interrompidos por pacientes, funcionários, vendedores ambulantes, entre outros. Em um dos encontros sobre sexualidade a educadora expressou *“queria mostrar as posições sexuais, mas estou preocupada com os outros verem”*. Neste encontro, estavam várias pessoas observando a reunião e os ruídos externos eram prejudiciais para uma boa condução do grupo.

Os assentos desta Unidade (PSF) pareciam confortáveis para as gestantes, continha bancos de cimentos, banco de madeira e cadeiras plásticas

azuis, sendo estas últimas as mais usadas pelas as mulheres grávidas. Estes assentos eram disponibilizados em semicírculos na maioria dos encontros, e nos demais, eram organizados em círculo.

A falta de um espaço apropriado para as reuniões com grupo de gestante é uma realidade apresentada em muitas Unidades de Saúde. Acredita-se que devido à filosofia do PSF, fosse necessária a garantia de um espaço físico adequado para a realização de atividades educativas, principalmente as desenvolvidas com grupos de gestantes (MOURA; SOUSA, 2002; FESIMA, 1988).

É fundamental ter em mente que, se a Unidade de Saúde não possui espaço físico apropriado e com a privacidade recomendada, os coordenadores dos grupos devem buscar este espaço físico, em outras entidades que possam trabalhar em parceria, como por exemplo: igrejas, associação de moradores, entre outros (FESIMA, 1988).

4.3.3 DATA/ HORÁRIO/ DIA DAS REUNIÕES

As datas de início e término dos cursos são sugeridas pela FUMDEC, geralmente após uma reunião com os coordenadores de grupos locais. Os coordenadores locais recebem as orientações já previamente planejadas e estabelecidas pela FUMDEC.

Na Unidade Básica de Saúde, os encontros tiveram início no dia 20-02-04 e término no dia 28-05-04. A data de início e horário do curso para gestantes estavam fixados em um cartaz na recepção da Unidade de Saúde, tornando-se de fácil acesso a todos que se interessassem em participar.

No último encontro aconteceu a confraternização das participantes, e no final foi entregue o tão esperado enxoval. Este é entregue no final do último

encontro, sendo oferecido pela FUMDEC, e se constitui em um estímulo para as gestantes freqüentarem assiduamente o grupo, visto que estas devem ter no mínimo três faltas, caso tenha mais de três é necessário uma justificativa para a aquisição do enxoval.

O horário acordado para início das reuniões foi às 15:30 h e término às 17:00h, tendo a sexta-feira como o dia da semana eleito para o acontecimento das reuniões.

O acordo de trabalho grupal relacionado ao horário foi cumprido pelos integrantes do grupo, salvo em alguns encontros que tiveram alguns atrasos ou terminos antecipados, mas quando este fato ocorreu, o tempo variou entre 5 a 10 minutos de espera ou de adiantamento.

Na Unidade do PSF a pesquisadora tentou, em um contato prévio, descobrir a data de início do grupo de gestantes, visto que na Unidade Saúde da Família não havia nenhum cartaz com data e horário. Foi observada a desinformação dos profissionais sobre esta atividade. A pesquisadora foi informada que o trabalho educativo em grupo de gestantes teria início no dia 01-03-04. Ao chegar no local na data e horário previstos, foi novamente informada que o encontro não era naquele dia, e sim 04-03-04.

Grupos coesos são capazes de produzir melhores resultados, entusiasmam-se ao executar a ação e se orgulham da concretização; geram informações qualificadas e se sentem seguros na auto-avaliação (MOTTA, 2001).

O início dos encontros na Unidade Saúde da Família, foi no dia 04-03-04 e término 09-06-04. No último encontro aconteceu a confraternização entre os participantes e a realização de um amigo-oculto, no entanto, não ocorreu o mais esperado, a entrega dos enxovais. Segundo informação da coordenadora local os

enxovais não estavam disponíveis, e que depois entregaria para as gestantes, ou estas deveriam se dirigir a FUMDEC para obtê-los. Porém, não foi observado nenhum comentário paralelo sobre o assunto, as gestantes estavam alegres com os presentes que tinham ganhado na brincadeira do amigo-oculto.

Na confraternização dos grupos a pesquisadora foi solicitada a participar e aceitou. O fato desse convite pode ser refletido como a aceitação de sua presença nos grupos.

O horário estabelecido para começar os encontros foi às 14: 00 h. O horário para término não foi estabelecido. Quarta-feira foi o dia estipulado para a realização dos encontros. Os integrantes raramente cumpriram com o horário previsto para início das reuniões, tiveram atrasos de 10 minutos até 1 hora de educadores e/ ou gestantes, o que causava certa impaciência entre os participantes do grupo.

É de suma importância que, os horários sejam estabelecidos e cumpridos. É que se leve em consideração à disponibilidade dos participantes, visando assim favorecer e facilitar o funcionamento do grupo (MUNARI; RODRIGUES, 1997; ZIMERMAN, 1997; FESIMA, 1988).

Analisa-se que o cumprimento e o respeito pelos os horários estabelecidos na Unidade Básica de Saúde, devem ao contrato de trabalho grupal realizado no segundo encontro do grupo, no qual todos os integrantes decidiram juntos as normas/ regras, facilitando ou proporcionando o seu cumprimento. No entanto, julga-se que na Unidade Saúde da Família o fato de não ter realizado o contrato de trabalho com grupo de gestantes, contribuiu para os atrasos e os não cumprimentos dos horários estabelecidos, visto que os componentes não se

sentiram envolvidos no processo grupal, e para o cumprimento de normas/ regras os integrantes devem se sentir como atores ativos do processo.

Para a FUMDEC, os encontros devem acontecer uma vez por semana com duração mínima de duas horas. Esta norma é estabelecida para as Unidades, visto a parceria da Secretaria Municipal da Saúde com a citada Fundação. Observou-se que estes requisitos foram cumpridos nos dois grupos, conforme as orientações da FUMDEC.

4.3.4 LANCHE

No encerramento de cada encontro os grupos de gestantes ofereciam lanches. Estes eram fornecidos e financiados pela a FUMDEC. Em geral, o lanche das duas Unidades de Saúde era bolachas de sal e/ ou doce, sucos e leite. Em alguns dias os lanches eram diferenciados, como bolo, torrada, sopa, salgadinhos e pão com queijo; estes foram providenciados pelas coordenadoras locais. É importante retratar que foram poucos os dias em que o lanche não foi fornecido.

Observou-se que a maioria dos participantes aceitava os lanches oferecidos.

Este momento de recreação servia de confraternização entre os integrantes dos grupos, com troca de experiências e informações. Foram evidenciadas a construção de amizade, respeito e confiança entre as participantes. Julgamos que esta variável foi importante para que isto acontecesse, o que foi também identificado por Wall (2001), em trabalho realizado com grupos de gestantes. Para a referida autora, os lanches propiciam a construção e a consolidação da socialização e integração entre os componentes do grupo.

4.3.5 TAMANHO DO GRUPO

Conforme as orientações fornecidas pela FUMDEC, cada grupo poderá ter no máximo trinta e cinco inscritas, se caso o número de inscritas ultrapassar do estabelecido é necessário autorização desta Fundação para o seu funcionamento.

Foi observada na Unidade Básica de Saúde a inscrição de dezenove gestantes, sendo em média oito participantes por encontro. Este número de participantes mostrou-se adequado para a atividade, sendo observado a coesão do grupo. A coesão do grupo propicia o estabelecimento de vínculos entre os integrantes do grupo como um todo (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Verificou-se que foram realizadas num período de quatro meses 174 consultas pré-natais. Para se obter o dado de assistência pré-natal na Unidade Básica buscou-se informações na agenda de atendimento médico (ginecologista).

Na Unidade Saúde da Família, o número de gestantes inscritas foi igual a dezessete, tendo em média quatro participantes por encontro. Apesar das evidências de que grupo pequeno é mais eficiente, não observamos muita coesão grupal no PSF, acredita-se que seja devido ao número reduzido de participantes e pela falta de clareza dos objetivos do grupo e a relação destes com as necessidades das mulheres grávidas.

Segundo alguns autores a definição do tamanho do grupo é fundamental para o seu funcionamento. É importante um número de elementos que proporcione a efetividade do grupo, garantindo a participação de todos os integrantes. O grupo pode variar desde um grupo pequeno a grande, no entanto um número razoável de participantes para o grupo de gestantes varia de 10 a 15 componentes (MUNARI; RODRIGUES, 1997; ZIMERMAN, 1997; FESIMA, 1988).

Conforme os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram acompanhadas no PSF do Jardim Guanabara I, o seguinte número de gestantes:

Quadro 1 – Total de gestantes atendidas pelas equipes implantadas na Unidade Saúde da Família, Jardim Guanabara I, Região Norte. Goiânia–GO, 2004.

GESTANTES	MARÇO	ABRIL	MAIO	TOTAL
Cadastradas pelo ACS*	46	47	36	129
Acompanhada pelo ACS	46	46	36	128
Fez consulta de pré-natal no mês (dados do ACS)	44	46	36	126
Consultas de pré-natal realizadas pelo médico e/ou enfermeiro da equipe PSF.	75	73	58	206

Fonte: dados obtidos nos relatórios do SIAB disponíveis no distrito da região Norte.

* ACS = Agente Comunitário de Saúde;

Ressalta-se que:

- a) Os dados referentes ao mês de junho/ 2004 não estavam disponibilizados no momento da coleta, devido às atividades do mês ainda estarem em andamento;
- b) Os dados de consultas pré-natais registradas pelos ACS mostram-se inferiores aos registrados pelos profissionais médicos e enfermeiros. Acredita-se que duas situações podem ter ocorrido: existem ainda áreas descobertas da atuação do ACS, mas que são assistidas pelos demais profissionais da equipe. Outro fator é que os dados do ACS são referidos pelas gestantes visitadas e os dados dos profissionais são registros de atendimentos.

Ao compararmos os dois grupos em relação ao número total de participantes gestantes, educadores, acompanhantes e auxiliares é possível

constatar que, no PSF este número foi superior a Unidade Básica de Saúde, tendo portanto, neste prisma um grupo maior, conforme os dados da tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição do número de sujeitos participantes dos grupos de gestantes, segundo categoria e local. Goiânia-GO, 2004.

	Unidade de Saúde		Total
	Unidade	PSF	
Gestantes inscritas	19	17	36
Acompanhante	01	00	01
Auxiliares	00	01	01
Educadores	04	09	13
Total	24	27	51

Verificando os dados da Tabela 6 nos surpreendeu como um aspecto positivo, a participação de um companheiro da gestante, no grupo desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde. Sabe-se que os membros da família são interligados e dependentes uns dos outros, e o nascimento de um novo ser irá alterar e influenciar diretamente todos os envolvidos no contexto, sendo necessário, portanto que todos estejam preparados para aceitar e saber lidar com as mudanças que irão surgir após o nascimento do bebê (ANGELO; BOUSSO, 2001; BRASIL, 2001).

A presença da auxiliar citada no PSF refere-se a uma voluntária responsável pela organização do espaço físico, onde acontecia a reunião do grupo de gestante e pela preparação do lanche oferecido no final das reuniões. Foi incluída como sujeito do estudo, pois esta permanecia presente no espaço físico durante todo o período que acontecia os encontros. Na Unidade Básica de Saúde havia uma funcionária responsável pela limpeza do espaço físico e a preparação do lanche, porém esta não permanecia na sala durante as reuniões, somente levava o lanche no horário previsto.

A colaboração de um auxiliar para a coordenação do grupo de gestantes foi importante. Este deve atuar de forma a ajudar e colaborar com o coordenador em todas as atividades, tais como planejar, estruturar, conduzir e avaliar as atividades desenvolvidas nas reuniões. Este auxiliar não deve ser um observador passivo e neutro, ao contrário, deve participar efetivamente no contexto (ANDALÓ, 2001; MUNARI; RODRIGUES, 1997; FESIMA, 1988).

Não foi identificado, em nenhum dos grupos, um elemento que pudesse ser assim categorizado. No entanto, decidiu-se por chamar de “auxiliar” aquele que não estava nas demais categorias e prestava algum tipo de serviço, participando ativamente.

O educador, assim denominado nesse estudo, muitas vezes desempenhou também o papel de coordenador local, convidando outros elementos para estarem presentes e desempenharem a função de educador.

Os educadores/coordenadores dos grupos foram responsáveis diretos pelo planejamento das atividades, contrato de trabalho e a garantia do funcionamento do grupo.

Em relação ao número de educadores verificou-se uma maior rotatividade de profissionais no grupo de gestantes desenvolvido no PSF, esta atende a sugestão da FUMDEC. A rotatividade dos componentes da equipe pode ser um empecilho para o estabelecimento de vínculos entre os participantes do grupo, ficando difícil manter a integralidade e a confiança, conseqüentemente os envolvidos ficam mais inseguros para exporem suas dúvidas, anseios, medos e alegrias (MUNARI; RODRIGUES, 1997; FESIMA, 1988).

Nos causou estranheza o número reduzido de participantes gestantes no PSF (Tabela I), visto que o grupo era formado por mulheres grávidas pertencentes a áreas cobertas por quatro equipes (Quadro 1).

Será que os profissionais da Equipe PSF estão envolvidos no processo educativo, valorizando a estrutura de grupo como uma modalidade capaz de promover trocas de experiências e aproximar profissionais de saúde e clientela ?

4.3.6 TIPO DO GRUPO (ABERTO / FECHADO)

A determinação do tipo do grupo é outro elemento essencial para o funcionamento estrutural do grupo.

Em relação à definição do tipo de grupo (aberto / fechado) para a entrada de novos participantes, não ficou claro para os integrantes dos dois grupos estudados. Porém, foi possível evidenciar que na Unidade Básica de Saúde entraram gestantes novatas até o quinto encontro, diferenciando do PSF que entraram novatas até a décima terceira reunião.

Os coordenadores locais de ambos os grupos mostravam-se receptivos as gestantes novatas, tentando interagi-las com o restante de grupo.

Alguns autores acreditam que a estipulação de normas para a integração de novos componentes é fundamental para garantir a coesão do grupo, sendo a modalidade grupo aberto, o que melhor identifica para a realização do trabalho com grupo de gestantes. No entanto, observamos que inserção de novos membros na finalização de um grupo, mostrou-se constrangedor para alguns integrantes, sendo marcado por muita timidez e falta de liberdade de expressão. A desconfiança e o medo de expor os sentimentos, dúvidas, anseios apareceram em todos os encontros.

A recomendação da FUMDEC é que as gestantes sejam inscritas a qualquer momento no grupo.

4.3.7 FREQUÊNCIA DAS GESTANTES

Na Unidade Básica de Saúde os registros das frequências eram feitos geralmente no final de cada reunião, através da chamada do nome dos presentes. Este registro era em fichas de frequências fornecidas pela FUMDEC.

No PSF o registro das frequências não foi evidenciado. Em raros encontros foi feito o registro do nome das gestantes presentes. A frequência foi controlada pela pesquisadora. Porém, é fundamental frisar que é solicitado o acompanhamento regular das frequências, e que as fichas fornecidas pela a FUMDEC são iguais para os dois grupos.

Destaca-se que quando as gestantes faltavam no grupo da Unidade Básica, elas procuravam avisar e, quando isto não era possível, apresentavam justificativa no encontro seguinte. É bom lembrar que este item foi acordado por todos os participantes no contrato de trabalho grupal. O companheiro da gestante que se propôs a frequentar o grupo de gestantes, participou em 35,71 % dos encontros.

No PSF não foi identificada a preocupação das gestantes em justificarem as faltas nos encontros. Julga-se que isto se deve pela falta do contrato de trabalho com o grupo, onde todos resolveriam juntos as normas e se sentiriam envolvidos no processo procurando cumprir com o decidido pela a maioria.

4.3.8 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Os conteúdos programáticos do grupo de gestante das duas Unidades de Saúde são estabelecidos pela FUMDEC. Os temas relacionados nas diretrizes para o grupo de gestantes são:

- I encontro - informação sobre o funcionamento do grupo – ministrado pelo coordenador do grupo;
- II encontro – fisiologia e anatomia dos órgãos genital feminino e masculino – ministrado por enfermeira ou médico / ginecologista;
- III encontro – aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério – conduzido por psicóloga;
- IV encontro – alimentação da gestante – ministrado por nutricionista;
- V encontro – desenvolvimento do feto – ginecologista;
- VI encontro – aleitamento materno e cuidado com as mamas – ministrado por enfermeira ou pediatra;
- VII encontro – saúde bucal da gestante e bebê – ministrado por odontólogo;
- VIII encontro – sexualidade e relações de gênero – pessoas com conhecimento sobre o assunto;
- IX encontro – parto (tipos de parto, sinais) – ministrado por enfermeira ou ginecologista;
- X encontro – cuidados com recém-nascidas/ os (banho, curativo, principais transtornos, cólicas, dermatite das fraldas, imunização, cartão de vacina, peso e teste do pezinho) – enfermeira;
- XI encontro – planejamento familiar – Lei 9.263/ 96 (DST/ AIDS) – enfermeira;

- XII encontro – direitos da mulher e da criança – ministrado por assistente social;
- XIII encontro – encerramento do grupo de gestante – coordenadora e equipe (reunião festiva).

Nas diretrizes programáticas para o grupo de gestantes as metodologias são colocadas em forma de sugestões. São sugeridas as realizações de dinâmicas, oficinas, relaxamentos dirigidos; uso de recursos audiovisuais, proporcionar tempo para perguntas, realização de exercícios com as gestantes, para facilitar o trabalho de parto e desenvolver a consciência corporal.

Na Unidade Básica de Saúde, os assuntos abordados contemplaram todos os temas propostos pela a FUMDEC, conseguindo até ir além desses, foi explorado em um dos encontros o trabalho manual, o qual não está estabelecido no conteúdo programático da Fundação. No entanto, os profissionais de saúde indicados para ministrarem as temáticas não foram em larga escala, como sugerido pela a FUMDEC, participando somente os profissionais: enfermeiro, médico, assistente social e técnico de higiene dental. É fundamental o educador está capacitado para discutir a temática proposta; nos foi possível observar que em um dos encontros quando a educadora enfermeira foi discutir sobre saúde bucal da gestante e do bebê, esta se mostrou insegura em relação ao assunto, o que nos leva a reafirmar a importância de mais profissionais de saúde envolvidos no processo educativo, sendo estabelecido uma equipe responsável pelas atividades a serem desenvolvidas no grupo.

Os educadores usaram em alguns momentos termos científicos, mas na maioria das falas houve clareza e linguagem acessível à clientela, sendo incentivado a todo o momento o diálogo interativo.

Um cuidado observado em relação ao grupo, foi à revisão do tema do encontro anterior, buscando sempre o envolvimento e integração dos participantes.

A participação dos componentes do grupo foi muito estimulada, com espaço e incentivo a perguntas e em muitos momentos com o sorteio de brindes.

Outro dado importante acompanhado na Unidade Básica de Saúde foi as aulas práticas, teve aula prática no consultório odontológico com instruções como usar adequadamente o fio dental, e em outro encontro foi ensinado como confeccionar uma lembrança para dá às visitas quando o bebê nascer. Além dessas aulas práticas, foi proposta a prática de escovação, porém não foi realizada, não sendo bem evidenciado o motivo.

Utilizou-se nos encontros várias tecnologias educativas como: aulas dialogadas, trabalhos corporais, trabalhos manuais, exposição de vídeos e músicas, as quais funcionaram como suporte para o desenvolvimento das atividades educacionais.

Estas foram classificadas como adequadas para a condução dos temas propostos. Utilizou-se também de vários recursos materiais como: boneca, banheira, cartolina, fita de vídeo, kit do planejamento familiar, sabonete, som, cd, revistas, vassoura, flanela, álcool, gazes, tesoura, agenda da gestante, folders, caça-palavras, televisão, vídeo e fita de vídeo, entre outros.

A difusão dos conhecimentos na Unidade Básica de Saúde foi indissociável da realidade das gestantes, sendo estas estimuladas a trazerem suas dúvidas, experiências, anseios, medos, alegrias, entre outros. Esta metodologia de ensino identifica-se com a proposta de educação popular, que valoriza a troca de experiências interpessoais, tendo a palavra diálogo como o conceito fundamental para o ensino (VASCONCELOS, 2001).

No PSF os assuntos discutidos não contemplaram todo o conteúdo programático proposto pela FUMDEC. Não foram abordados os assuntos sobre, desenvolvimento fetal, planejamento familiar e direitos da mulher e da criança. No entanto, foi observada a explanação do tema planejamento doméstico, conteúdo que não é discriminado no programa da Fundação. Não aconteceram aulas práticas, sendo apenas cogitado o assunto, no final de um dos encontros foi solicitado que as gestantes levassem material para a confecção de lembranças, porém as gestantes não atenderam a solicitação, não sendo portanto, realizada a atividade.

Ao contrário do grupo de gestantes da Unidade Básica de Saúde, este foi conduzido por várias categorias profissionais, dentre eles destaca-se enfermeira, assistente social, psicóloga, fonoaudióloga, nutricionista e odonto-pediatra.

A maioria dos educadores realizou ações educativas marcadas pela transmissão do conhecimento, sob uma visão informativa. O que sinaliza a necessidade dos profissionais reverem as suas condições de educadores e promotores de saúde, visto que a educação em saúde e a promoção são indissociáveis (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000).

Sabe-se que práticas educativas que não promovem a efetiva participação grupal, provavelmente tornarão a educação em saúde em grupo de pouco valor ou impacto social. Este fato, é visível quando em um dos encontros a educadora levou rótulos de alimentos e pediu que as gestantes lessem e analisassem se o alimento era ou não prejudicial à saúde. As gestantes faziam o que foi solicitado, porém uma delas parecia não estar entendendo o que estava lendo. Após a leitura as mulheres grávidas fizeram a apresentação de cada rótulo.

Chamou-nos atenção que uma gestante ao ser indagada se o alimento fazia mal, expressou “*pra mim não, porque eu não sei nem o que é*”. Esta frase nos

induz a acreditar que muitos dos produtos (rótulos) apresentados não fazem parte da realidade das gestantes.

A tecnologia educativa utilizada foi em sua maioria em forma de palestra, com a temática pré-estabelecida, no entanto, em alguns dos encontros houve estímulos a participação dos membros do grupo. Utilizaram-se inúmeros recursos materiais, como: aparelho de som, cd, texto, boneca, cartaz, quadro educativo, escova de dente, macri (maca para criança), gravuras de revista, rótulos de alimentos, entre outros.

4.4 DINÂMICA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A dinâmica das relações interpessoais foi a quarta categoria estudada. No decorrer dos encontros foram observados os sentimentos expressos pelas gestantes e educadores. Estes sentimentos foram expressos de diferentes formas: medo /inseguranças/ansiedade, expectativas/dúvidas, desconfiança/ constrangimento e alegrias.

Os sentimentos de medo/ inseguranças/ ansiedade foram evidenciados e demonstrados em grande escala pelas gestantes, de ambos os grupos. Inúmeros motivos ocasionavam estes sentimentos, mas o mais manifestado foi o parto.

Vários fatores podem ser classificados como causadores do medo da gestante em relação ao parto, entre eles pode-se destacar que, algumas mulheres são condicionadas negativamente em relação ao parto, desde a infância; muitas grávidas ignoram as modificações que ocorrem em seu organismo durante o ciclo gravídico-puerperal, o que pode gerar muita insegurança (BRASIL, 2001).

A falta de diálogo entre os profissionais de saúde e a gestante também pode contribuir para esta insegurança (BRASIL, 2001). Acredita-se que o trabalho

educativo com grupo de gestantes é capaz de minimizar estes sentimentos, evitando o temor, incentivando e viabilizando o sentimento de segurança.

O sentimento de medo/ insegurança/ ansiedade é bem retratado nas falas das gestantes.

— *“Não sei nada, quero tirar o medo”*

— *“Parto normal Deus me livre”*

— *“Ai! Será que eles costuram tudo direitinho como era antes”*

— *“Deus me livre da agulha da cesariana, vai até furar o osso creque, creque, até furar”*

— *“Eu nunca quis ter parto normal, porque eu acho que depois do parto fica relaxada”*

— *“Tenho medo de morrer”*

— *“Fico com medo, normal tem que cortar lá, tenho medo de morrer na hora da dor, cesariana morro de medo”*

— *“Eu tinha medo do meu nenê tá morto, no início eu fazia muita coisa errada”*

— *“Sofre sim, eu quero que meu marido vai comigo”*

Estudos mostram que mulheres que viam o parto como um evento prazeroso mas assustador, após o trabalho educativo o compreendiam como um evento confiável. Se o modelo de educação não valorizar as percepções individuais das gestantes, em relação ao parto, o trabalho educativo será inadequado (ROMAN, 1997).

É observada, em alguns relatos a expressão do medo, proveniente de experiências ou sofrimentos do parto de pessoas próximas ou de experiências gestacionais anteriores.

— *“minha amiga tava grávida de 25 dias, e sentia tanta dor, tava para estourar a trompa dela. Sentia choque para estourar”.*

— *“Eu tenho medo, enquanto o nenê não nascer, porque na outra gravidez minha filha quase morreu, pegou uma infecção, desse modo enquanto eu não tiver em casa não vou ficar tranqüila”*

— *“Minha tia me consola, às vezes ela me dá medo. Quando estou sentindo alguma dor, ela diz que eu vou ver quando for para o bebê nascer”*

Pesquisas destacam que as fontes de informações das mulheres grávidas são provenientes das relações familiares e de amizade. Ao se preparar uma atividade educativa em grupo, deve-se estar atento para esta variável, pois tanto os familiares quanto os amigos são o contingente de maior importância para a segurança e apoio da gestante. É indispensável que crenças e tabus sejam discutidos a fim de elucidar essas informações de acordo com o conhecimento científico (ROMAN, 1997).

Ao discutir a temática amamentação as gestantes sinalizaram manifestação de medo, portanto está foi manifestada pela a minoria das mulheres.

— *“teve uma amiga da minha cunhada que dava mama só de um lado, ai o outro peito empedrou e encheu de pus”*

— *“não sei não”*

Estudo realizado com grupo de gestantes também apresentou esta variável como uma desencadeadora de insegurança, evidenciando a necessidade

das gestantes receberem orientações educativas no período pré-natal (FREITAS, 1999).

Ao ser retratado o tema cuidado com o recém-nascido (RN), as gestantes de ambos os grupos, demonstraram uma fisionomia que pôde ser traduzida como medo/ insegurança/ ansiedade, porém não expressaram nem um sentimento. No entanto, observou-se que muitos questionamentos foram levantados a respeito do banho e do cuidado com o coto umbilical.

O coto umbilical é demonstrado como uma variável que provavelmente gera insegurança, pois além do desconhecimento das mães em fazerem o curativo, mostram também a inabilidade para o realizar, o que sinaliza a necessidade de intervenções educativas que possibilitem as gestantes apreenderem as informações transmitidas e que produza a modificação de postura/ comportamento (FREITAS, 1999).

O sentimento de medo/ insegurança/ ansiedade não foi demonstrado de forma significativa pelos os profissionais de saúde, no que se refere às temáticas abordadas ou ao próprio grupo. No entanto, estes sentimentos foram perceptíveis em vários momentos, por muitos profissionais de saúde, no que se relacionava a minha presença como observadora. Este fato, os deixava inseguros para discutirem a temática ou até mesmo responderem os questionamentos. Mas é imprescindível, reafirmar que estes profissionais eram informados do trabalho a ser desenvolvido pela a pesquisadora e consentiram a sua presença no recinto da reunião.

Ao acompanhar o desenvolvimento do trabalho educativo nos dois grupos de gestantes, foi possível perceber que as mulheres no período gravídico possuem muitas expectativas e/ ou dúvidas em relação a sua nova condição e a do novo ser que está sendo gerado.

Estes sentimentos são apresentados tanto por gestantes nulíparas como as multíparas, independente de faixa etária ou nível de escolaridade. No grupo da Unidade Básica de Saúde as expectativas dos participantes foram levantadas no segundo encontro, como descritas abaixo:

Gestantes:

- *“Preparar para o parto e cuidar do bebê. Tenho dúvidas quanto ao umbigo”.*
- *“É a segunda vez que participo, aprendi no curso e não tive problema para cuidar do meu filho. Voltei para aprender mais”.*
- *“Vi o cartaz e me interessei. o que fazer quando a bolsa estourar”?*
- *“Para abrir a mente.. Tenho dúvidas em relação ao parto”.*

Companheiro:

- *“Quero aprender a cuidar do meu filho”.*

Coordenadora:

- *“Os assuntos serão falados de forma dinâmica e o mais alegre possível”.*

No PSF, as expectativas dos participantes da atividade educativa em grupo não foram levantadas. Sabe-se que a efetivação do aprendizado, com mudança ou alteração de comportamento só acontecem, quando os sujeitos da ação estiverem envolvidos no contexto, se sentindo co-responsáveis pelo o processo educativo. Esta variável deve ser revista e aprimorada pelos os profissionais de saúde que se propõem a realizar tal tipo de atividade (ROMAN, 1997).

As manifestações de dúvidas, levantadas pelas gestantes, estiveram presentes durante todos os encontros, em ambos os grupos. No entanto, as

gestantes do grupo da Unidade Básica de Saúde se mostraram mais participativas, em relação as gestantes do grupo do PSF, as quais exerciam na sua maioria, o papel de espectadora, isto é só ouvindo. Acredita-se que isto se deve, ao fato das gestantes da Unidade Básica de Saúde terem sido mais estimuladas e se sentirem co/responsáveis pelo o desenvolvimento da atividade proposta.

Entre os questionamentos levantados pelas gestantes, destacam-se:

- *“pela a ultra-sonografia dá para saber se o parto é normal ou cesariana”?*
- *“muitas dúvidas, será que eles costuram tudo direitinho como era antes”?*
 - *“quantos dias demora a cair o umbigo”*
 - *“a água do banho do bebê tem que ser uma água filtrada” ?*
 - *“as contrações começa a vim de que forma” ?*
- *“qual a diferença do inchaço da gestação e da pré-eclampsia” ?*
- *“por que o saco é mais frio do que as outras partes do corpo” ?*
 - *“o sexo machuca o bebê” ?*
 - *“passar álcool no umbigo do bebê não doi”?*

O desenvolvimento do trabalho educativo, com valorização do conhecimento de todos os participantes e o levantamento de dúvidas/ opiniões é a maneira mais apropriada para se trabalhar com grupo operativo, o qual tem como finalidade mudar postura/ comportamento do indivíduo. Portanto, é imprescindível que o profissional de saúde conheça as necessidades de aprendizagem das gestantes no período pré-natal e utilize estratégias didáticas que atenda as expectativas e as reais necessidades das mesmas.

Os educadores de ambos os grupos responderam com confiança todas as dúvidas levantadas pelas as gestantes.

Outro sentimento observado foi o de desconfiança/ constrangimento. Este sentimento transpôs em maior escala no grupo desenvolvido no PSF. Acredita-se que isto aconteceu devido os objetivos do grupo não terem sido estabelecidos, a falta de privacidade do espaço físico, enfim, o não estabelecimento de um clima de confiança.

Apesar de muitos autores identificarem a modalidade grupo aberto, como a melhor estratégia para se trabalhar com grupo de gestantes, o presente estudo julga que este tipo de variável, a qual foi desenvolvida no PSF, permitindo a entrada de novos participantes até o décimo terceiro encontro, tenha sido também um dos responsáveis pelo o desencadeamento dos sentimentos de desconfiança e constrangimento.

Na Unidade Básica de Saúde, entraram gestantes novatas até no quinto encontro, o que de certa forma, na nossa óptica colaborou para que as gestantes estabelecessem um elo de confiança e cumplicidade.

Uma variável observada nos dois grupos, é que as gestantes já trazem consigo um saber popular, tendo para isto uma série de exemplos, e quando se deparam com um conhecimento científico que contradiz o que aprenderam com familiares e amigos, surge o sentimento de desconfiança. É claramente, observado este tipo de sentimento quando se discuti a maneira adequada de cuidar do coto umbilical. Ao serem informadas de que não se devem usar substâncias nocivas, pois pode surgir o risco de infecções e óbitos, é notória, a fisionomia de desconfiança, pois com certeza, têm exemplos de alguém de sua confiança que usaram estas substâncias, e nada aconteceu. Portanto, é imprescindível que os

profissionais estejam atentos para estes tipos de conhecimentos, e sempre explicarem o porquê de tal contradição, buscando assim, garantir um clima de confiança e liberdade de expressão.

O sentimento de desconfiança foi manifestado por muitos dos educadores, no que se referia a presença da pesquisadora.

Outro sentimento expresso no grupo de gestantes foi a alegria. A expressão do sentimento de alegria esteve presente na maioria dos encontros, em ambos os grupos. Embora o grupo da Unidade Básica de Saúde ter se mostrado mais coeso, foi possível observar em muitos encontros das gestantes no PSF, a satisfação e a alegria, de participarem de um encontro, onde lhes eram permitidos a troca de conhecimentos com outras gestantes e profissionais de saúde.

A possibilidade de fazer novas amizades também se apresentou como uma variável importante para o surgimento deste sentimento (alegria), em ambos os grupos.

— *“Gostei muito, tinha acabado de chegar na cidade, me sentia muito sozinha.*

Vocês não me esqueçam, eu não conheço ninguém, só vocês”.

No entanto, o sentimento de amizade foi mais perceptível no grupo da Unidade Básica de Saúde, era possível perceber a preocupação que as gestantes tinham uma com as outras, a troca de endereço e conversas sobre suas vidas pessoais. Portanto, isto não quer dizer que no grupo do PSF, não tenha sido estabelecido elo de amizades.

Este sentimento também foi observado em relação as gestantes e os educadores. Constatou-se que no grupo da Unidade Básica de Saúde, teve um

maior estreitamento do elo de amizade ou cumplicidade entre as gestantes e educadores. Acredita-se que isto se deve a baixa rotatividade de educadores, em relação à Unidade Básica de Saúde.

Sabe-se que a rotatividade da equipe pode ser um empecilho para o trabalho grupal, principalmente se as regras e normas não tiverem sido bem definidas. O que faz que se tenha uma atenção especial, para este tipo de variável não cause interferências negativas, dificultando o alcance de metas e objetivos (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

4.5 PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na Unidade Básica de Saúde, o trabalho educativo com as gestantes ficou sob a responsabilidade da enfermeira, a qual coordenava e ministrava a maioria das atividades educativas propostas. Esta profissional possui vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde. Esta função de coordenadora de grupo de gestantes é uma tarefa comum no trabalho da enfermagem, principalmente daqueles que atuam na saúde coletiva (MUNARI; RODRIGUES, 1997). O que se pôde observar é que na Unidade de Saúde o enfermeiro foi o principal responsável pela educação em saúde com as mulheres grávidas, o que de certa forma isenta os demais profissionais de tais ações, não sendo possível a visualização do trabalho em Equipe com grupos de gestantes. Os demais profissionais que atuaram como educadores foram convidados da própria instituição ou de outra Unidade de Saúde.

No PSE, a coordenação do grupo ficou sob a responsabilidade de uma assistente social, aposentada da Secretaria Municipal de Saúde, mas que atua na unidade como voluntária. Esta coordenadora não é membro efetivo da Equipe

multiprofissional da Saúde da Família. Não foi observada a presença de nenhum membro da equipe PSF atuando/ auxiliando como coordenador. As participações dos membros da Equipe, quando ocorreram, foram a convite da coordenação local para desempenharem os papéis pontuais de educadores. Estas ausências, podem refletir um distanciamento dos profissionais e a comunidade, dificultando as relações interpessoais e o trabalho educativo em saúde.

É fundamental salientar que, o PSF em suas diretrizes básicas, apresenta o profissional de saúde, membro da Equipe multiprofissional, com um papel de educador a desempenhar junto com os demais, atividades de educação em saúde, sejam elas individuais (consultas) ou coletivas (grupos) (BRASIL, 2000a).

Conforme dados (Tabela 03) relativos a distribuição dos profissionais da Unidade Saúde da Família, segundo a categoria profissional, constatou-se que, somente as enfermeiras estiveram envolvidas no processo educativo no grupo educativo pesquisado. O que demonstra a necessidade de discussões dos referenciais sobre as ações educativas como fator primordial para promoção da saúde. A pesquisa também revela que, não teve diferenciação das ações educativas com grupos de gestantes por se ter Equipe de PSF implantada.

Em pesquisa realizada no PSF da microrregião de saúde de Baturité-SP, constatou-se que a pouca oferta de atividades educativas, são decorrentes de inúmeros fatores dentre eles, são citadas as insuficientes coberturas da população por equipes de PSF, predomínio do modelo tradicional curativo, ausência ou inadequação de local para o desenvolvimento das atividades educativas, disponibilização insuficiente de material de apoio e despreparo e desmotivação dos profissionais (MOURA; SOUSA, 2002).

O trabalho em Equipe e a educação em saúde são diretrizes importantes no PSF. Diante disto julgava-se que, os resultados encontrados fossem compatíveis com as normas e diretrizes do Programa, no entanto a participação da Equipe Saúde da Família não foi visualizada. A coordenação ficou a cargo de uma voluntária, que também ministrou algumas atividades educativas. Os demais educadores foram convidados da Unidade estudada ou de outras Unidades de Saúde.

Foi intrigante observar a desinformação de alguns agentes de saúde, sobre o início do curso de gestantes, visto que o agente é o elo da Unidade de Saúde e a população. Este profissional traduz na esperança da aproximação da comunidade e os profissionais de saúde. Portanto, é inadmissível este tipo de desinformação, principalmente, sendo a atividade educativa uma das ferramentas indispensáveis para o atendimento integral da mulher grávida (BRASIL, 2000a).

Em Equipe os objetivos são compartilhados, tornando-se os resultados mais fáceis de serem alcançados. Também é essencial se ter em mente que dificilmente o grupo executará atividades como Equipe se não desenvolver competência interpessoal, e se não interagirem satisfatoriamente, os resultados finais e a qualidade das ações planejadas serão afetadas (MOSCOVICI, 2002).

Na prática, inúmeros fatores são apontados como entraves na composição de equipe, dentre eles encontram-se a cultura do individualismo, o sentimento de perda dos dirigentes, excessos na definição de interdependências e sobrevalorização das relações pessoais (MOTTA, 2001).

Acredita-se que, o trabalho em Equipe é peça fundamental para garantir as ações educativas com as mulheres grávidas, tendo como ênfase um atendimento integral, qualificado, resolutivo e capaz de estimular mudanças para a promoção da saúde. Sabe-se que a consolidação de um trabalho coletivo que agregue as

especificidades de cada membro, constitui ainda, um grande desafio, no entanto, os profissionais devem ter em mente que é essencial a co/responsabilidades no desenvolvimento de todas as atividades.

A pesquisa revela que os profissionais envolvidos na pesquisa, em ambos os grupos, acreditam que o trabalho educativo com grupo de gestantes é de fundamental importância. Ao serem indagados sobre a sua opinião sobre o grupo de gestantes, eles expressaram:

- “grande importância. É a sua preparação para um momento da sua vida-nascimento do filho”.
- “importante, pois a futura mãe já tem um certo esclarecimento sobre saúde bucal para ela e seu bebê”.
- “informar, tranquilizar, preparar as gestantes para a gravidez e o parto”.
- “levar conhecimentos básicos e gerais a gestante de como cuidar da sua saúde e do RN, estabelecer vínculo com a mãe para ajudar melhor e construir uma saúde de mais qualidade”.
- “é de grande importância para o crescimento da comunidade”.
- “tem importância preventiva”.
- “preparação e conhecimentos da gestação, parto e puerpério”.
- “para promover a prevenção e promoção da saúde da gestante, fornecendo e trocando informações importantes a essa população”.

- “ajudar no auto cuidado e esclarecimento de dúvidas pessoais. E para os profissionais crescimento prático”.
- “grande. É toda uma preparação para gestante”.
- “forma mãe e forma uma humanidade melhor”.
- “preparo psicológico, para entender o processo gravidez-parto-pós-parto, cuidados com RN”.
- “é fundamental, pois instrui a respeito de várias aspectos importantes, tais como: aleitamento materno; purieultura; alimentação; etc”.

Para desenvolver ações educativas em grupo de gestantes, onde o principal propósito seja a mudança de comportamento, é essencial que os profissionais envolvidos no processo tenham clareza e objetividade da importância deste tipo de trabalho. Julga-se que, desta maneira é possível contribuir para uma comunidade melhor, incentivando comportamentos e hábitos promotores da saúde.

4.6 OPINIÃO SOBRE O GRUPO (AVALIAÇÃO DOS SUJEITOS)

No final da caminhada do trabalho em grupo aconteceu a avaliação dos participantes, em relação ao desenvolvimento do mesmo. A avaliação do trabalho realizado com o grupo, é tão importante quanto todo o seu percurso, portanto, a avaliação é tida como uma estratégia que permite a revisão crítica e reflexiva de todo processo, além de permitir a troca de experiências entre educadores e membros do grupo, facilitando, assim planejamentos futuros para outros cursos de gestantes (MUNARI; RODRIGUES, 1997; WERNER; BOWER, 1987; FESIMA, 1988).

A avaliação dos grupos de gestantes nas duas Unidades de Saúde pesquisadas foi realizada no décimo quarto encontro.

Na Unidade Básica de Saúde, a coordenadora local e as gestantes demonstravam-se satisfeitas. Os participantes do grupo levaram comidas e bebidas para comemorarem o término do curso, mas antes da festa a coordenadora pediu que todos fizessem uma avaliação do trabalho educativo em grupo de gestantes. Os integrantes foram verbalizando espontaneamente:

Gestantes:

- *“Não gostei da sexta passada que me chamaram para o dentista”.*
- *“Não tenho nada a reclamar, às vezes que eu vim tirei minhas dúvidas”.*
- *“Gostei muito, faltei por causa das dores. No início ficava com medo do parto, agora nem me preocupo, eu sei que vai doer”.*
- *“Também gostei muito, sou mãe de quatro filhos, mas nunca participei assim. Vou morrer de saudades de vocês”.*
- *“Também gostei muito, principalmente da amamentação, rachadura no bico do seio”.*
- *“Gostei muito, tirei minhas dúvidas”.*

Companheiro:

- *“Também aprendi muito, tinha muita lenda atrás, esclareci minhas dúvidas”.*

A coordenadora local agradeceu a presença de todos os participantes, deixou claro que o grupo estava encerrando, mas que iria estar na Unidade caso elas precisassem conversar e tirar dúvidas. Neste encontro foram distribuídos os

enxovais doados pela a FUMDEC. As gestantes demonstravam entusiasmadas com o presente que receberam.

A coordenadora local apresentou os integrantes da equipe da Unidade Básica de Saúde, que estavam presentes no momento, às gestantes, os mesmos se colocaram a disposição para qualquer necessidade na área de saúde.

Nos chamou atenção que após o encerramento, as gestantes e a coordenadora local decidiram fazer uma visita domiciliar a uma puerpéra, ex-integrante do grupo de gestantes. A pesquisadora acompanhou a visita domiciliar, podendo presenciar a integração e a alegria das participantes.

No PSF, o encerramento também foi comemorado com comida, bebida e uma brincadeira de amigo secreto entre os integrantes do grupo. As gestantes estavam sorridentes e participativas. As participantes antes de começarem a comemoração, fizeram a avaliação do trabalho educativo em grupo de gestantes, expressando:

— *“Eu tô gostando, sempre tive vontade de participar. Muita coisa que eu não sabia. Conheci muitas mães, ela ali, ela ali também. Pelo que eu vi acho que é desse jeito mesmo, aprender o que agente não sabia ou mais um*

pouquinho, só sobre a farmácia, né?”

— *“Eu gostei, é o segundo, do primeiro eu gostei mais porque peguei mais palestra. Gostei do lanche. Senti falta do bingo. Prepara agente para ganhar nenê”.*

— *“Eu gostei apesar de ter gente que ficava falando para mim não vim. Graças a Deus eu comecei a vim e comecei aprender, já não to nervosa.*

Acho bom ter esse curso para as pessoas que não sabe, eu ficava com muitas dúvidas”.

— *“Gostei muito, tirei minhas dúvidas”.*

— *“Eu não tava querendo o nenê, e depois que comecei a participar, comecei a aceitar”.*

— *“Comecei a semana passada, e tô achando ruim que já acabou”.*

— *“Da outra vez eu tinha o maior medo depois que eu passei a freqüentar, acabou o medo”.*

A coordenadora local agradeceu a presença de todas as participantes e em seguida iniciaram a brincadeira do amigo secreto. Foi evidenciado que apesar de ser um grupo pequeno, as gestantes não sabiam o nome dos componentes do grupo, tendo dificuldades para revelar o nome que tinham tirado na brincadeira.

As gestantes comunicavam entre si, trocando informações de integrantes que já haviam ganhado nenê, sendo manifestadas algumas visitas domiciliares feitas individualmente por algumas das participantes.

O enxoval não foi entregue neste último encontro, data prevista para tal acontecimento. Sendo avisado que as gestantes deveriam pegar depois com a coordenadora local ou na FUMDEC.

As falas retratadas nas avaliações realizadas em ambos os grupos, vem reforçar e reafirmar a importância do trabalho educativo para a promoção da saúde, visto que muitas gestantes possuem conhecimentos equivocados ou dúvidas em relação a todas as fases do ciclo gestacional e os cuidados que deverão ser dispensados com o recém-nascido.

Apesar das avaliações expressas serem positivas, algumas sugestões e críticas estiveram implícitas nas falas de alguns dos participantes, portanto cabe ao coordenador estar atento para captá-las da melhor maneira possível e utilizá-las de forma crítica e reflexiva para os próximos planejamentos dos grupos de gestantes.

É importante frisar que nos dois grupos, no momento da avaliação propriamente dita, não teve a presença de outros integrantes que participaram do processo educativo. Alguns destes só participaram da festa de encerramento. Sabe-se que o processo de avaliação é de fundamental importância para o planejamento de outras atividades que os profissionais venham a propor, no caso desse estudo, para o planejamento de novos trabalhos educativos com grupos de gestantes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações educativas com grupos de gestantes podem contribuir positivamente para a promoção da saúde do binômio mãe-filho. O trabalho educativo junto a grupos de mulheres grávidas permite as trocas de conhecimentos/informações entre as gestantes e profissionais de saúde. No entanto, é importante que os profissionais que atuam como educadores saibam conduzir adequadamente o grupo, respeitando normas e regras que regem o trabalho com grupos.

É essencial que ao propor ações educativas com grupos, se conheça a clientela com a qual irá se desenvolver o trabalho, levante as expectativas dos participantes e faça o contrato de trabalho grupal, o qual irá propiciar um maior comprometimento dos integrantes em relação as atividades propostas, além de permitir uma maior aproximação entre os integrantes.

Ao se trabalhar com grupos, em especial o de gestantes, faz-se necessário efetuar o contrato de trabalho grupal, buscando assim assegurar o comprometimento grupal e o alcance dos objetivos. O contrato de trabalho grupal, foi efetuado no grupo de gestantes da Unidade Básica de Saúde. acredita-se que tal realização tenha sido fundamental para a coesão do grupo. No entanto, tal recomendação considerada de extrema importância não foi realizada no grupo do PSF.

Optou-se por coletar dados das gestantes de uma fonte secundária (ANEXO A), no intuito de complementar o estudo e conhecer como estavam sendo os registros dos profissionais de saúde, nas duas Unidades de Saúde. Observou-se que apesar do PSF apresentar propostas de transformações no modelo de assistência, os registros incompletos ou até mesmo ausentes, continuam

semelhantes aos registros do modelo tradicional, sinalizando desta forma, a necessidade de aprimorar os registros/ informações da clientela, o que se torna imprescindível para o desenvolvimento de ações educativas em saúde.

As fichas, nas quais foram coletados os dados são iguais para as duas Unidades de Saúde. Estas fichas são fornecidas pela FUMDEC, Fundação que trabalha em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de proporcionar à gestante um atendimento diferenciado, com o desenvolvimento de ações educativas.

É indispensável que ao se trabalhar atividades educativas em grupo, no nosso caso o de gestantes, valorize toda a dinâmica de funcionamento grupal. Vale ressaltar que a adequação do espaço físico, é uma variável fundamental para a realização das ações propostas. Identificou-se que na Unidade Saúde da Família, os encontros tiveram interferências significativas, devido a falta de privacidade e a inadequação do local, onde eram desenvolvidas as reuniões. Por outro lado, o local onde aconteciam as reuniões na Unidade Básica de Saúde, permitia que as gestantes, se sentissem mais “acomodadas”. Sugere-se que os educadores em saúde, fiquem atentos a esta variável, garantido que os participantes tenham a privacidade necessária para participarem sem nenhum constrangimento.

Outras variáveis que devem ser acordadas são as datas e horários previstos para início e término dos encontros. Somente através de um acordo os integrantes do grupo irão se sentir comprometidos. Isto foi possível perceber no grupo de gestantes da Unidade Básica de Saúde, onde os sujeitos se demonstraram ativos e co-responsáveis pela manutenção do grupo.

Em relação ao tipo do grupo aberto ou fechado, foi possível observar que a Unidade Básica de Saúde seguiu o caminho do grupo fechado, entrando novos

integrantes somente até o quinto encontro, diferenciando do PSF que entrou novatas até o décimo terceiro. A Unidade Saúde da Família atendeu as orientações fornecidas pela a FUMDEC, que ressalta a entrada de gestantes a qualquer momento no grupo. Na óptica da pesquisadora, os grupos devem estar abertos para gestantes em qualquer idade gestacional, no entanto, deve ser um grupo fechado para a entrada de novos integrantes depois de determinado período que iniciou os encontros. Observou-se que a inserção de novos membros nos últimos encontros, gerou constrangimentos/ desconfianças, dificultando a coesão grupal. Tal inserção só deve ser permitida, se for acordada com todos os participantes, e a coordenadora/ educadora do grupo deverá ter habilidades para conduzir o grupo, e evitar que haja constrangimentos ou dispersão.

A pesquisa apontou que o fornecimento do lanche, em ambos os grupos além de ser um estímulo à participação, funciona como um momento de interação entre as participantes, onde lhes são permitidos a troca de conhecimentos, dados pessoais, endereços. Portanto, é importante que se reserve um momento de recreação no final de cada encontro.

O controle da frequência das gestantes é uma exigência da FUMDEC, para ambos os grupos. Tal requisito é fundamental para que as gestantes ganhem o enxoval. Detectou-se que as mulheres grávidas quando se sentem co-responsáveis pelo processo educacional, não se preocupam somente, com o enxoval, e sim também com o aprendizado, em como irão se comportar perante as transformações da gravidez e como irão cuidar do recém-nascido. Observou-se que na Unidade Básica de Saúde houve a preocupação de registrar as frequências das gestantes, por outro lado, o grupo da Unidade Saúde da Família, não demonstrou tanta

preocupação, deixando as participantes mais a vontade de tomarem a decisão de participar ou não.

O conteúdo programático a ser trabalhado com as gestantes, em ambos os grupos, foi estabelecido pela FUMDEC. Agregado ao conteúdo foi sugerido a categoria dos profissionais que deveriam ministrá-los. O grupo da Unidade Básica de Saúde contemplou o conteúdo programático, porém o número e categorias profissionais não atenderam todas as indicações da Fundação. Ao contrário, do grupo da Unidade Saúde da Família não atendeu todo o conteúdo proposto, no entanto, os profissionais foram em maior escala. A rotatividade dos profissionais pode se tornar um empecilho para a coesão grupal (MUNARI; RODRIGUES, 1997; FESIMA, 1988). Na opinião da pesquisadora, quanto menor for a rotatividade dos educadores, mais fácil será o estabelecimento de vínculos, porém é essencial que, os profissionais tenham domínio dos conteúdos a serem discutidos. Portanto, vale ressaltar que, a rotatividade pode ser uma variável favorável, quando for estabelecida nas normas e regras do contrato de trabalho grupal.

No grupo de gestantes do PSF, acredita-se que é fundamental o envolvimento de todos os integrantes da equipe, nas atividades educativas desenvolvidas com a mulher grávida. Apesar das avaliações das gestantes sobre o grupo serem satisfatórias, em ambas as Unidades, chamou atenção o fato da Equipe Saúde da Família, que é um modelo de reorientação da saúde, não atender diretrizes primordiais propostas pelo Programa, as quais se referem ao trabalho em equipe e educação em saúde com gestantes.

Na Unidade Saúde da Família, o grupo de gestantes foi coordenado por uma voluntária. Os profissionais do PSF participaram nos papéis pontuais de educadores, quando convidados. Desses profissionais constatou-se somente a

participação do profissional enfermeiro, sendo necessário salientar que, o desenvolvimento de trabalhos educativos é de competência da Equipe. Considera-se oportuno sugerir que os profissionais revejam o desenvolvimento do trabalho educativo junto às gestantes, podendo este ser desenvolvido pela própria Equipe, a qual acredita-se ter um vínculo diferenciado com a comunidade. Tal conduta poderá refletir para mudança favorável da saúde mãe-filho.

Na Unidade Saúde da Família, foco da pesquisa, existem 04 equipes atuando, e juntas realizam as atividades educativas com o grupo de gestantes. Esperava-se um número significativo de gestantes participando nas atividades, e em idade gestacional até o segundo trimestre de gravidez. Concordando com BRASIL (2000b), no PSF devido o contato permanente da equipe com a gestante e sua família, é possível captá-la precocemente para a realização do pré-natal, conseqüentemente incentivá-las a participarem de ações educativas, como o grupo de gestantes.

Na óptica da autora, essas lacunas emperram as ações educativas com gestantes e reforça a necessidade dos profissionais da Equipe PSF, reavaliarem suas práticas educativas, e que tenham em mente, que a educação em saúde e a promoção da saúde, são duas variáveis indissociáveis (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000).

Em relação a difusão do conteúdo, vale sinalizar que na Unidade Básica de Saúde este, na maioria dos encontros, foi indissociável da realidade, com levantamento de expectativas/ dúvidas, aproximando e identificando das demandas. A abordagem pedagógica predominante na Unidade Saúde da Família foi a tradicional, a qual sabe-se não ser a mais indicada, quando o objetivo é mudar comportamentos. Julga-se que no trabalho de educação em saúde com grupos de

gestantes, é imprescindível que a abordagem pedagógica adotada, não seja dissociada da realidade dos sujeitos. É fundamental que a educação seja um caminho de mão dupla, onde todo e qualquer tipo de conhecimento seja valorizado. E que as trocas de conhecimentos sejam capazes de despertarem as mudanças de hábitos ou comportamentos que podem ou estão provocando malefícios à saúde do binômio mãe-filho.

Apesar das lacunas, em ambos os grupos, a dinâmica das relações interpessoais foi analisada positivamente. Os sentimentos de medo/ insegurança/ ansiedade, expectativas/ dúvidas, desconfiança/ constrangimento foram minimizados. E os sentimentos de alegria e amizade foram visualizados e presenciados em grande escala entre gestantes, e entre estas e os educadores.

Na Unidade Básica de Saúde contou-se com a presença de um companheiro da gestante participando dos encontros. É fundamental sinalizar a importância do grupo de gestantes, ser aberto aos familiares e companheiros das mulheres grávidas. Sabe-se que o nascimento de um novo ser irá influenciar diretamente todos os envolvidos no contexto/ domicílio, sendo necessário, portanto que todos os membros da família estejam preparados para aceitar e lidar com as mudanças que poderão surgir após o nascimento do bebê (ANGELO; BOUSSO, 2001; BRASIL, 2001).

Frente aos dados encontrados, acredita-se que os profissionais de saúde necessitam rever suas práticas, e buscarem subsídios para direcioná-las, especialmente naquelas que se referem às ações educativas desenvolvidas com grupos de gestantes. As práticas educativas devem ser conduzidas conforme as necessidades e expectativas dos participantes, somente assim, vislumbra o alcance da tão almejada promoção da saúde.

Considera-se importante e oportuno os registros de algumas sugestões:

- A dinâmica de trabalhos educativos com grupos deve ser contemplada na formação de profissionais em cursos de graduações, especializações, residências, entre outros.
- Os profissionais de saúde devem buscar aprimorar os seus conhecimentos, por meio de cursos que abordam a dinâmica de grupo e das relações humanas.
- Os profissionais do PSF necessitam de reavaliarem suas práticas relacionadas ao trabalho educativo com grupo de gestantes.
- Estimular a participação dos familiares nas atividades desenvolvidas com grupos de gestantes.
- Valorizar as contribuições e benefícios que as ações educativas com grupos de gestantes podem trazer para o binômio mãe-filho.

Almeja-se que os resultados obtidos neste estudo possam contribuir para os profissionais de saúde reavaliarem suas práticas educativas com gestantes e que forneçam subsídios para desenvolverem trabalho educativo em grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ABREU, M.C.; MASETO, M.T. **O Professor universitário em sala**. São Paulo: MG editores associados, 1985. p. 3 – 12.

ANDALÓ, C.S.A. O Papel do coordenador de grupos. **Psicologia USP**. V.12, n.1, p. 135 – 152, 2001.

ANDRADE, L.O.M. et al. Organização da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família no Município de Sobral – Ceará – Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.143 – 177. (série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde,8).

ANDRADE, L.O.M; INOJOSA, R.M. Saúde da Família, Violência e Cultura da Paz. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 5, n.7, p.55 – 61, jan.2003 – abr.2004. Edição especial.

ANGELO, M.; BOUSSO, R.S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde e Universidade de São Paulo, 2001. p.14 - 17.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde no Brasil**. [200?a]. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/promoção/psnobrasil.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2004.

_____. **Programa Saúde da Família**. [200?b]. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/psf//programa/index.asp>>. Acesso em: 12 jan 2004.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002**. Brasília: Ministro da Saúde, 2004a. 140P, il color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, p.05 – 28, il.(série C projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a saúde integral da Criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. p. 19 – 20.

_____. Ministério da Saúde. PSF: A Transformação começa pela atenção básica. **Revista CONASEMS**, Brasília, ano I, n. 6, p. 25 – 30, jun/julho 2004d.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS: Razão de mortalidade materna**. 2004e. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br>>. acesso em 24 maio 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Reorientação do modelo assistencial. In: **Progestores- Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003**. 20 ed. Brasília: CONASS, 2003a. p.126 – 139.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS n. 1886**, de 18 de dezembro de 1997- aprova normas de diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de saúde e do Programa Saúde da Família. 20 ed. Brasília: CONASS, 2003b. p.91 – 107.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS n. 393**, de 29 de março de 2001 – Institui a Agenda de Saúde. 20 ed. Brasília: CONASS, 2003c. p.275 - 292.

_____. Ministério da Saúde. No rumo da reorganização da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 2, n.5, p.04-24, maio 2002 a. Edição especial.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher**. Brasília: Secretaria da Saúde, 2001. p. 9; 26 – 31.

_____. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de Saúde. In: **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Ações Básicas/ Secretária de Políticas de Saúde, 2000 a. caderno 1, 44p.

_____. Ministério da Saúde. Educação permanente. . In: **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Ações Básicas/ Secretária de Políticas de Saúde, 2000b. caderno 3, 32p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2000 c). 11 Conferência Nacional de Saúde: **Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade, Humanização na Atenção à Saúde, com controle social**. Relatório final 15 julho 2002. Disponível em:<<http://conselho.saúde.gov.Br/11conferencia/anexos/relatório.pdf>>. Acesso em: 13 julho 2004

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/ Ministério da Saúde, 2000d. p.7 – 25.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde 2000e. p. 13 – 17.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswal e Declaração de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

BUSNELLO, E. D.A Dinâmica de Grupo: Fundamentos, delimitação do conceito origens e objetivos.In: OSÓRIO, I.C.(cols). **Grupoterapia Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 15 - 20.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciências & Saúde coletiva**, d/L, V.5, n.1, p. 163 – 177. 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública** v.31, n.2, p. 01-04, 1997. Disponível em : <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 13 julho 2004.

CÁRCERES, L.S. Piraju aposta na alegria e na solidariedade. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano I, n.03, P.14 – 19, dez – 2000.

CARNELOSSO, M.L. et al. Enfermidades não- transmissíveis na Atenção Básica: novo desafio para o PSF. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.117 – 126.. (série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde,8).

CASSIMIRO, M. R. **O processo educativo.** Goiânia: UFG, 1979. p.17 – 21.

CHAVES, L.M. **Programa Saúde Da Família: Satisfação Dos Membros Das Famílias inscritas Em Goiânia.** 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CHIESA , A.M.; FRACOLLI, L. A. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 5, n.7, p.42 – 49, jan.2003 – abr.2004. Edição especial.

CHIESA , A.M.; VERÍSSIMO, M.D.L.O.R. A Educação Em Saúde na Prática do PSF. In: **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde e Universidade de São Paulo, 2001. p. 34 – 42.

CONHEN, S.C. et al. Rede Brasileira de habitação saudável: habitação saudável como estratégia sinérgica da Saúde da Família no Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p.103 - 116. (série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde,8).

COSTA, H. Apresentação. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004 a. p.09. (série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde,8).

COSTA, H. Editorial. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, ano5, p.4, jan. 2003 /abr.2004 b. Edição Especial.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **Conferência internacional sobre cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, URSS, 6 – 12 de setembro de 1978. p.02. Disponível em: <<http://dtr.2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/promoção/cartas/declaração/>>. Acesso: 18 agosto 2004.

DOMINGUEZ, B.N.R. **O programa de saúde da família: como fazer**. São Paulo: Parma, 1998. 237 p.

FALEIROS, J. J. Profissionais para Reorientar o Modelo Assistencial. Quantos e Quais? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p. 55 – 64, jan/abr. 2003.

FELISBERTO, E. Monitoramento de avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 5 n.7, p. 24 – 29, jan.2003 – abr.2004. Edição especial.

FESIMA; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Trabalhando com Gestantes**: Manual para profissionais da Saúde. São Paulo: 1988. p.5 – 16.

FONSECA, L.M.M et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com bebê prematuro. **Revista Latina Americana de Enfermagem**. v.12, n.1,p.01-07,jan/fev.2004. Disponível em: <<http://conselho.saúde.gov.br /11/conferencia/anexos/relatório.pdf>>. Acesso em 13 julho 2004.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) Comentado**.Goiânia: AB, 2003. 114 p.(Coleção Curso de Enfermagem).

FRANCO , S.E.G; ROCHA, K. B. Chapadão do céu: Uma equipe faz a diferença. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano I, n. 3, p. 21 – 25, dez.2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: Saberes Necessários à Prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**, 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975. 218p.

FREITAS, M. A. **Assistência de Enfermagem à Gestante**: Resultados De Uma Intervenção Fundamental Em Um Modelo De Educação De Adultos. 1999. 174 f. Tese (doutorado em enfermagem) – Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO (FUMDEC). **Diretrizes para os grupos de gestantes**. S/ed. Goiânia: divisão de atenção à mulher, 1º semestre 2003.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família- 10 anos. **Canal Saúde**: construindo cidadania, Rio de Janeiro, ano 5, p.06, jun/ ago. 2004.

GARCIA, M.A.A. Saber, agir e educar: o ensino aprendizagem em serviço de saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.5, n.8, p.89 – 99, semestral. 2001.

GOULART, F. A. A. Círculos virtuosos e boas práticas em Saúde da Família. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 127 - 141. (série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde,8).

JAEGER, M.L.; CECCIM, R. B.; MACHADO, M.H. Gestão do trabalho e da educação na saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 5 n.7, p 86 – 103, jan.2003 – abr.2004. Edição especial.

KAWAMOTO, E.E. Educação em Saúde. In: **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1993. p.29 –33.

LEITE A.M. et al. Jogo Educativo na Orientação Grupal de Puérperas em alojamento conjunto: Uma estratégia de Educação para Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.3, p.59 – 72, set/dez. 1998.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti; 2001. p. 139.

LESCURA, Y.; MAMEDE, M.V. **Educação em saúde**: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: sarvier, 1990. p.10.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a Procura de um modelo anunciado. In: Brasil, M.S. **Cadernos Saúde da Família**. Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar. Brasília, V.1, n.1, p.10 – 15, 1996.

LUCKESI, C.C. **Tendências Pedagógicas na Prática escolar**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 53 –75.

MARSIGLIA, R.M.G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou? **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 5 n.7, p 30 – 41, jan.2003 – abr.2004. Edição especial.

MALDONADO, M.T. O Pré-Natal Integral. In: **Estamos Grávidos**. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 1996. p.79 – 87.

MALDONADO, M.T; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichamamn & Affonso editores, 2003. 320p.

MELLO, D.A. et al. Promoção à Saúde e Educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**. v.14, n.3, p.01-09,jul/ set 1998. Disponível em:< [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 17 maio 2004.

MELO, L.L; LIMA, M.A.D.S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: Suas alterações psicológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, V.53, n.1, p.81 – 86, jan/mar. 2000.

MENDES, A. ; MARQUES, R.M. De olho no financiamento da Atenção Básica e no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 5 n.7, p. 72 – 85, jan.2003 – abr.2004. Edição especial.

MERCHÁN-HAMANN, E. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV- AIDS: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cadernos de Saúde Pública**. v.15, supl. 2, p.01-05,1999. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em : 17 maio 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1996. 264 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. A tradição pedagógica. In: **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: secretaria de educação fundamental – MEC, 1997. P.30 – 33.

MIZUKAMI, M.G.N. Abordagem tradicional. In: **Ensino**: as abordagens do Processo. São Paulo: EPU, 1986. p. 7 – 18.

MOSCOVOCI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 7 ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 2002. 240 p. (Coleção Administração e Negócios).

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal**: Treinamento em Grupo. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001. p. 125 – 144.

MOTTA, P.R. **Desempenho em Equipes de Saúde**: Manual. Rio de Janeiro; FGV, 2001. 144 p.

MOURA, E. R. F; SOUSA, R. A. Educação em Saúde Reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública**. v.18, n.6, p.01-03, nov/ dez 2002. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 17 maio 2004

MUNARI, D.B; RODRIGUES A. R. F. **Enfermagem e Grupos**. Goiânia: AB Editora, 1997. 114 p.

NETO, E.A et al. Análise da Gestante: Prevenção pela Educação na Unidade Básica de Saúde do Jardim Bandeirante. **Semina**, Londrina, v.17, p. 39 – 44, nov. 1996. ed. especial.

OBA, M.D.V; TAVARES, M.S.G. Quem são as mulheres e porque vão procurar serviço de Assistência Pré–Natal das Unidades de Saúde de Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.4, p. 596 – 605, out/dez.1999.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; SAITO, E. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão. . In: **Manual de Enfermagem**: Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde e Universidade de São Paulo, 2001. p. 58 - 63.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, n.5, p.01-05, set/ out 2003. Disponível em:< [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em : 17 maio 2004.

PEREIRA, I.M.T.B. PENTEADO. R. Z. MARCELO,V.C. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: Uma Parceria Saudável. In: **O Mundo da Saúde**, São Paulo: v.24, ano24, n. 1, p. 39 – 44, jan/ fev 2000.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. p. 270 – 273.

ROMAN, A.R. **Efeitos de Ações Educativas Desenvolvidas na Assistência Pré-Natal**: Uma visão integrativa de Pesquisas. São Paulo, 1997. 99P. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

ROSSO, C. F. W; COLLET, N. Os enfermeiros e a prática de educação em município do interior Paranaense. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.1, n.1, p. 01- 08, out/ dez 1999. Disponível em:< [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em : 17 maio 2004.

SAVIANI, D. **As Teorias da Educação e o Problema da Marginalidade**. 33 ed. Campinas – SP: Autores Associados, 2000. p.03 – 34.

SECLLEN-PALACIN, J. Enfoque da Saúde da Família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. p. 15- 29. (série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde,8).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa Saúde da Família**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde/ Departamento de Gestão da Atenção a Saúde/ Coordenação colegiada do PSF, 2002. 20P.

SENGE, P.M. **A Quinta Disciplina: arte, teoria e Prática da organização de aprendizagem.** São Paulo: Best Seller, 1990. P.19.

SILVA, A. P. **A prática da Equipe do Programa de Saúde da Família: mudança ou conservação.** 2002.200 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SOLLA, J.; FERNANDES, A. S. Apresentação. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004 . p. 11-13. (série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde,8).

SOUSA, M.F.A. Enfermagem Reconstruindo sua Prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília:, v. 53, n. especial, p.25 – 30, dez. 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2 ed. Brasília: UNESCO, 2004. p. 19 – 40.

SZYLIT, R; SCHVARTZ., E. Preparo para a maternidade através da estrutura de grupo. **Revista Escola Enfermagem- USP,** São Paulo, v.18, n 3, p. 263 – 269, 1984.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A. C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde e Universidade de São Paulo, 2001. p. 43 – 46.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família,** Brasília, ano 5 n.7, p 10 – 23, jan.2003 – abr.2004. Edição especial.

TÓBON, M.C.A. Família e a Comunidade: Perspectivas de mudanças e alternativas. de ação. **Revista Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n.22, Dez.1986.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativo:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface:** comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.5, n.8, p.121 – 126, semestral. 2001.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública.** v.14, supl. 2, p.01-11,1998. Disponível em:< [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 13 junho 2004.

VIÇOSA, G.R. Grupos com Gestantes. In: ZIMERMAN, D.E. & OSÓRIO, L.C.(cols). **Como Trabalhamos com Grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 305 – 309.

XAVIER, C.M. Apresentação. In: Paraná, Secretaria de Estado da Saúde. **Gestação de Alto Risco.** Curitiba: SESA, 2004.

ZIMERMAN, D.E; OSÓRIO, L.C. **Como Trabalhamos com Grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 23 - 31; p. 33 – 39; 41 – 47; 75 – 81.

WALL, M.L. **Tecnologias Educativas:** Subsídios para Assistência de Enfermagem a Grupos. Goiânia: AB Editora, 2001. 120p.

WERNER, D., BOWER, B. **Manual de métodos, ferramentas e idéias para um trabalho comunitário:** apresentando e ensinando a cuidar da saúde: 3 ed. São Paulo: Paulinas, 1987. cap.1, 12 - 27; cap.2, 11 - 17.

APÊNDICES

APÊNDICE B

FORMULÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO EDUCADOR (a):

Unidade de Saúde: _____ Data da aplicação: ___/___/_____

1- Idade:

- a) () < 20 anos
- b) () 20 |– 30 anos
- c) () 30 |– 40 anos
- d) () 40 anos e +

2 – Sexo:

- a) () feminino
- b) () masculino.

3 – Profissão: _____

4 – Tempo de atuação nesta profissão:

- a) () < 1 ano
- b) () 1 |– 5 anos
- c) () 5 |– 10 anos
- d) () 10 anos e +

5- Tempo de atuação na saúde coletiva:

- a) () < 1 ano
- b) () 1 |– 5 anos
- c) () 5 |– 10 anos
- d) () 10 anos e +
- e) () não atua na saúde coletiva

6- Teve preparação técnica científica de como trabalhar com grupos?

- a) () sim
- () curso
 - () seminário
 - () oficina
 - () assistiu aulas
 - () outros _____

b) () não

7 – Há quanto tempo trabalha com grupos de gestantes?

- a) () < 1 ano
- b) () 1 |– 5 anos
- c) () 5 |– 10 anos
- d) () 10 anos e +

8 – Qual a sua opinião sobre o grupo de gestante? _____

APÊNDICE C

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1- Estrutura física:

- a) Localização da sala;
- b) Tamanho da sala;
- c) Luminosidade;
- d) Ruídos sonoros;
- e) Organização das carteiras;

2 – Pontos observáveis:

- a) Material didático utilizado;
- b) Tecnologias utilizadas;
- c) Tempo de explanação do tema;
- d) Participação das gestantes;
- e) Números de participantes nos encontros;
- f) Lanche;
- g) Doação de enxoval;
- h) Comentários paralelos;
- i) Interação entre as participantes.

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO
(direcionado aos educadores)

Você está sendo convidada (o) a participar, como voluntária (o), em uma pesquisa. Após ser esclarecida (o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás – UFG, pelo telefone: 521.12.15 ou 521.10.16.

Informações Sobre a Pesquisa

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE COM GRUPOS DE GESTANTES: ESTUDO COMPARATIVO DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA E UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Pesquisadora Responsável: Cristiane José Borges

Telefone para Contato: (062) 9914.20.62 ou 218.20.95

Esta pesquisa faz parte dos requisitos para obtenção do título de mestrado em enfermagem - Universidade Federal de Goiás, com final previsto para setembro de 2004.

A participação é espontânea e se dará na forma de resposta a questões.

As respostas não serão avaliadas como corretas ou incorretas, mas serão recebidas como sugestões para eventuais melhorias do protocolo que determina os grupos de gestantes.

A participação também se dará com a permissão da pesquisadora durante as reuniões do grupo de gestante, a qual atuará como observadora não participante.

Será garantido o anonimato dos participantes, juntamente com os instrumentos por eles preenchidos.

Ao participar desta pesquisa, a colega estará contribuindo, mais uma vez, para que sejam aprimorados os conhecimentos referentes a tal tema.

Os resultados da pesquisa serão reunidos e apresentados na forma dissertação.

Você e a instituição relacionada ao assunto terão acesso a dissertação.

É reservado ao participante o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO:

Eu, _____ (RG _____)

abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE COM GRUPOS DE GESTANTES: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA E UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”**. Como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Cristiane José Borges sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, assim como os benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que este leve a qualquer penalidade.

Local e Data ____/____/____

Assinatura do sujeito

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha:

Nome: _____ Ass.: _____

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO Livre E Esclarecido (direcionado à gestante)

Declaro que fui informada sobre a pesquisa **AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE COM GRUPOS DE GESTANTES: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA E UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** e que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes à mesma, e que todos os dados coletados serão sigilosos. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que este leve a qualquer penalidade.

Com base no exposto acima, dou meu consentimento para participar voluntariamente desta pesquisa, considerando todas as explicações e a garantia do anonimato aceitáveis.

Goiânia, ____/____/_____

(assinatura /rubrica do participante)

(assinatura do pesquisador)

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO Livre e Esclarecido

(Exposição de fotos)

Declaro que fui informada sobre a **utilização de fotos tiradas no grupo de gestantes, as quais poderão ser apresentadas em eventos científicos, dissertação, e outras publicações que se fizerem necessárias.**

Autorizo a veiculação desta, sendo garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que este leve a qualquer penalidade. Com base no exposto acima, dou meu consentimento para participar voluntariamente destas exposições.

Goiânia, ____/____/____

assinatura do participante

assinatura do pesquisador

APÊNDICE G

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM – (MESTRADO)

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Ilmo Sr.

Secretário Municipal de Saúde

Dr. Otaliba Libâneo de Moraes Neto

Vimos pedir autorização para desenvolver a pesquisa **Ações Educativas das Equipes do Programa Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde com Grupos de Gestantes**, nas unidades pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, no período de março a julho de 2004. Sendo esta parte do requisito para conclusão da pós – graduação stricto sensu (mestrado) em enfermagem – Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás.

A pesquisa em questão tem como objetivo geral analisar a atuação da equipe do Programa Saúde da Família em atividades de educação em saúde junto a grupos de gestantes. Para tal, pretende-se fazer um estudo descritivo/comparativo, entre unidade de Programa Saúde da Família e unidade onde não está implantada a equipe de Programa Saúde da Família, sendo ambas pertencentes a uma mesma região, no caso escolhemos aleatoriamente a região norte.

Acredita-se que o estudo contribuirá com subsídios para direcionar as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, junto aos grupos de gestantes, o que poderá promover uma maior participação destas nos grupos e maior conhecimento e experiências trocadas entre as gestantes e os profissionais de saúde, e conseqüentemente elevar a adesão ao pré-natal e as condutas prescritas.

Almeja-se também que este estudo contribua para a ampliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde, sobre como trabalhar com grupos de gestantes, conduzindo-os conforme as suas necessidades e expectativas.

A pesquisa será fomentada pelo programa de pós-graduação e pela própria pesquisadora, ficando a Secretária Municipal de Saúde isenta de qualquer ônus com o projeto em questão. A pesquisadora se compromete aplicar os princípios éticos estabelecidos pela resolução n. 196/96, e manter sigilo absoluto em todas as etapas do projeto e nos trabalhos a serem divulgados.

Todos os dados coletados serão utilizados somente pela pesquisadora envolvida neste projeto para tabulação, análise e produção do trabalho final. Os resultados serão tornados públicos, sejam elas favoráveis ou não às hipóteses formuladas neste estudo, por meio de dissertação de mestrado e apresentação em eventos científicos de saúde pública.

Diante do exposto, pedimos o consentimento para a realização da pesquisa nos locais e datas previstas.

Certo de podermos contar com a sua colaboração desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Goiânia, 29 de dezembro de 2003.

Cristiane José Borges
Mestranda em enfermagem - UFG

Profa. Dra. Ana Luisa Lima Sousa
Orientadora do mestrado enfermagem - UFG

ANEXO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROTOCOLO
004/2004

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

I. Identificação do Projeto

- Título: *Ações educativas das equipes do programa saúde da família e das unidades básicas de saúde com grupos de gestantes.*
- Auxílio Financeiro (Agência Financiadora): ausente
- Local de Execução (Instituição/Departamento/Laboratório):
Unidade da Secretaria Municipal de Saúde
Avenida 5º Radial, Qd- 216-A, Lt 05, St. Pedro Ludovico - Goiânia -Go
- Período de duração da pesquisa: Março a Julho de 2004
- Data de protocolo no COEP/UFG:
- Pesquisador responsável: Cristiane José Borges (mestranda em enfermagem)
Profa. Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Lima Souza
- Instituição responsável: Faculdade de Enfermagem - UFGO

II. Objetivos:

Objetivo geral: Analisar a atuação da equipe do Programa Saúde da Família em atividades de educação em saúde junto a grupos de gestantes.

Objetivos específicos:

- Analisar atividades de educação em saúde (cursos) com gestantes ofertadas por equipes PSF e de unidade básica de saúde;
- Analisar o conteúdo programático dos cursos preparatórios para gestantes;
- Discorrer sobre as tecnologias educativas e metodologias didáticas pedagógicas utilizadas nos cursos para transmissão do conteúdo programático;
- Descrever as participantes dos cursos segundo as variáveis sócio-econômico-demográfico-cultural;
- Comparar os níveis de aprendizagem entre o grupo da unidade do Programa Saúde da Família e da unidade básica de saúde;
- Descrever os profissionais que atuam como educadores em saúde, de acordo com variáveis sócio-demográficas e de formação;



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

III. Sumário do Projeto

O projeto de pesquisa em análise será apresentado como dissertação de mestrado de aluna de curso de pós-graduação strictu sensu, da Faculdade de Enfermagem, com finalidade de analisar a eficácia das ações educativas frente a grupos de gestantes atendidas em unidade de Programa de Saúde da Família e unidade onde não está implantada a equipe de PSF.

A amostra será escolhida aleatoriamente por sorteio, sendo constituída de participantes de grupos de educação em saúde, da região norte de Goiânia, compostos por gestantes e seus educadores. Serão consideradas todas as gestantes participantes, independentemente da idade cronológica ou gestacional e todos os educadores.

A coleta de dados se dará ao longo de curso para gestantes, atendidas nas unidades selecionadas, realizado em parceria da FUNDEC e Secretaria Municipal de Saúde. (série de treze encontros).

A pesquisa será realizada em sete fases:

Fase I: sorteio das unidades e grupos participantes.

Fase II: Análise documental do conteúdo programático ministrado durante a intervenção educativa das equipes do PSF e unidades de saúde da região norte de Goiânia.

Fase III: identificação das gestantes segundo variáveis consideradas nas fichas de inscrição da FUNDEC, quais sejam: unidade de saúde onde é atendida, idade, idade gestacional, escolaridade, profissão, ocupação, renda familiar, estado civil, número de filhos, situação habitacional. (fls. 25, anexo I).

Fase IV: identificação dos profissionais que estiverem atuando como educadores, por meio de formulário proposto pela pesquisadora. (fls 31, anexo IV).

Fase V: registro, pela pesquisadora, das tecnologias educativas e metodologias didático-pedagógicas aplicadas pelos educadores durante os encontros dos grupos.

Fase VI: aplicação de teste de avaliação para as gestantes participantes do curso, durante o último encontro do grupo, com o auxílio do coordenador do grupo, consistindo de questões propostas pela pesquisadora às quais serão atribuídos valores numéricos, totalizando 10,0 (dez) pontos.

Fase VII: análise dos dados (análise do conteúdo programático, tecnologias educativas e metodologias didático-pedagógicas, descrição das gestantes segundo variáveis sócio-econômicas e demográfico-culturais, descrição dos profissionais que atuam como educadores, comparar os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos, entre os diferentes grupos de gestante, e entre o início e final do curso, utilizando o teste de student (T).



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comentários do relator:

- O protocolo contempla, de maneira geral, as normas contidas na Resolução CNS 196/96 .
- O pesquisador não apresenta a análise de riscos e benefícios mas, frente a descrição da metodologia a ser utilizada, não se vislumbra riscos aos participantes da pesquisa e os benefícios que dela poderão advir são claros, já que se busca contribuir para o aprimoramento do trabalho dos grupos envolvidos com a educação para a saúde da população, especificamente, gestantes em pré-natal.
- O pesquisador apresenta orçamento e cronograma detalhado, compatíveis com o trabalho a ser realizado e o currículo dos participantes demonstra competência para o desenvolvimento do projeto.
- A pesquisadora apresenta modelo de TCLE direcionado aos educadores e as gestantes. Mas o TCLE para as gestantes não apresenta todos os esclarecimentos sobre a pesquisa (título da pesquisa, objetivos, benefícios e destino dos resultados).

V. Recomendação:

- Acrescentar no TCLE direcionado às gestantes, esclarecimentos sobre a pesquisa (título da pesquisa, objetivos, benefícios e destino dos resultados).

VI. Parecer da CEP:

Frente a análise do protocolo de pesquisa apresentado consideramos o projeto APROVADO, salvo melhor juízo.

Assinatura do relator: *Marta Rovey de Souza*

Local e data: Goiânia, 31 de Maio de 2004.

Assinatura do Coordenador:

Marta Rovey de Souza
Prof. Dra Marta Rovey de Souza